
دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

استخدام متغيرات أسلوب سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية

دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة .

أ.د/ وفقي السيد الإمام
أستاذ التسويق ورئيس قسم إدارة الأعمال
كلية التجارة – جامعة المنصورة

د/ عبد العزيز علي حسن
مدرس إدارة الأعمال
كلية التجارة جامعة المنصورة

محمد أحمد أمين
معيد إدارة الأعمال
كلية التجارة جامعة المنصورة

تمهيد :

تواجه منظمات الأعمال في وقتنا الحاضر بيئة ديناميكية تتصف بالتنوع في احتياجات وتطلعات العملاء ، والتي تتمثل في جودة مرتفعة وتكلفة منخفضة وتنويع أكثر في المنتجات ، مما استلزم ضرورة تبنى أساليب علمية تسعى إلى رفع كفاءة الأداء وفعاليته والارتقاء بمستوى الجودة .

ويعد أسلوب سيجما ستة من أهم الأدوات العلمية التي ظهرت في الآونة الأخيرة ، حيث أثبت هذا المدخل كفاءته في مساعدة المنظمات في توفير منتجات وخدمات خالية من العيوب تشبع رغبات العملاء سواء داخل المنظمة أو خارجها (نهال ، ٢٠٠٧) . وتعتبر شركة موتورولا هي الشركة الأولى في إطلاق أسلوب سيجما ستة في منتصف الثمانينيات (Andersson et al . , 2006) ، وذلك عندما قررت الشركة الاهتمام بصورة جدية بجودة منتجاتها ، حيث أدركت الإدارة أن هذه المنتجات تحقق إخفاقاً شديداً بالمقارنة بمستويات الجودة في المنظمات المثيلة (نشوى ، ٢٠٠٤) .

وقد نال هذا الأسلوب شهرة واسعة عندما حصلت شركة موتورولا على جائزة الجودة الوطنية مالكولم بالدريج Malcolm baldrige في عام ١٩٨٨ (Andersson et al . , 2006) ، ونتيجة لذلك قامت العديد من المنظمات العالمية والمحلية في مختلف المجالات بتطبيق أسلوب سيجما ستة ، فطبقته شركة جنرال اليكتريك عام ١٩٩٥ ، وكانت نتيجة تطبيق هذا الأسلوب وفر في التكاليف بمقدار ٣,٨ بليون دولار عام ١٩٩٨(Antony & Banuelas , 2002) ، وعلى المستوى المحلى بدأ تطبيق أسلوب سيجما ستة في شركة إل جي مصر عام ٢٠٠٣ ، واستطاعت الشركة حتى عام ٢٠٠٥ تخفيض تكاليفها بمقدار ١,١ مليون دولار (منى ، ٢٠٠٧) .

وتعتبر المستشفيات من أبرز المنظمات الخدمية والتي تقدم الخدمة الصحية لأفراد وجماعات المجتمع ، وترجع أهمية هذه المنظمات إلى أهمية الخدمات التي تقدمها ، حيث إنها تختلف عن غيرها من المنظمات الأخرى حيث إن قبول مستوى أقل لهذه الخدمة قد يؤدى إلى عواقب وخيمة كحالات الإعاقة أو العجز أو الوفاة ، بينما حدوث أخطاء في الخدمات الأخرى قد لا يترتب عليها نفس درجة خطورة الأخطاء الطبية .

وانطلاقا من أهمية دور مستوى الجودة في هذه المنظمات وأثرها المباشر على حياة المريض ، فإن الأمر يتطلب ضرورة البحث عن الأساليب الحديثة التي من شأنها تحسين مستوى الجودة في هذه المنظمات ، ويعتبر أسلوب سيجما ستة من أهم هذه الأساليب ، وهو ما دفع الباحث إلى دراسة استخدام

متغيرات أسلوب سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات المصرية .

وقام الباحث بتقسيم هذه الدراسة إلى قسمين ، الأول : الإطار النظري والدراسات السابقة ، أما الثاني : فيعرض الدراسة التطبيقية ، وذلك على النحو التالي :

القسم الأول : الإطار النظري والدراسات السابقة

ويتناول هذا القسم الإطار النظري والدراسات السابقة الخاصة بكل من : أسلوب سيجما ستة ، وجودة الخدمة ، وذلك على النحو التالي :

- **الإطار النظري :**

ويتم عرضه من خلال عرض تحليل نظري لكل من أسلوب سيجما ستة ، وجودة الخدمة وذلك كما يلي :

أولاً : أسلوب سيجما ستة :

يتم عرضه من خلال الحديث عن مفهوم أسلوب سيجما ستة ، ومتغيرات أسلوب سيجما ستة ، وذلك كما يلي :

(١)مفهوم أسلوب سيجما ستة :

يشتق مصطلح سيجما ستة من التراث الإحصائي ، ويركز على قياس عيوب المنتج أو العملية ، وسيجما هو حرف إغريقي (يوناني) ويمثل مقياساً للانحراف (بيت،لاري ، ٢٠٠٥: ١٢) ، ويعادل تحقيق مستوى سيجما ستة أداء خالي تقريبا من الأخطاء والعيوب ، حيث تحقق العملية ٣,٤ عيباً فقط لكل مليون فرصة (Lloyd & Holsenback , 2006) ، ويوضح الجدول رقم (١) مستويات سيجما والعيوب المقابلة لها لكل مليون فرصة .

جدول رقم (١)

مستويات العيوب عند مستويات سيجما المختلفة

مستوى سيجما	الأخطاء لكل مليون عملية
٦	٣,٤
٥	٢٣٣
٤	٦٢١٠
٣	٦٦٨٠٧
٢	٣٠٨٥٣٧
١	٦٩٠٠٠٠

المصدر :بيت باند ، لاري هولب ، **السيكس سيجما : رؤية متقدمة في إدارة الجودة** ، ترجمة د. أسامة أحمد مسلم ، (الرياض : دار المريخ ، ٢٠٠٥) ص ٢٧ .

ومن تحليل الكتابات التي تناولت أسلوب سيجما ستة ، يلاحظ أن هناك عدم اتفاق على تعريف محدد لأسلوب سيجما ستة ، وذلك لأنه يمكن تناول الأسلوب في أكثر من زاوية وحسب نوع الاستخدام المخطط تنفيذه داخل المنظمة ، فقد عرف (Gene , 2004) أسلوب سيجما ستة بأنه: مجموعة متكاملة من الأدوات الإدارية والإحصائية ومناهج التفكير الحديثة التي تساعد على إضافة تغير جذري في رضا العملاء ، والإنتاجية الخاصة بالعمليات ، والقيمة المقدمة إلى المساهمين والملاك ، وذلك من خلال تحسين العمليات المستهدفة ومحاولة تخفيض درجة التباين بين العمليات الخاصة بالمنظمة.

وعرفته (نهال ، ٢٠٠٦) بأنه : أسلوب علمي لقياس وتحسين أداء العمليات والمساهمة في حشد وتجميع قوى كل فرد في المنظمة ، من أجل تحقيق درجة عالية من الامتياز في الجودة مما ينعكس على تحسين ربحية المنظمة ، وتقليل تكاليف الجودة الرديئة ، وتحسين كفاءة أداء العمليات بما يلبى احتياجات وتوقعات العملاء .

وعرفه (Cheng , 2007) بأنه : عملية تمكن الشركات من زيادة الربحية بصورة ملحوظة وذلك

من خلال تنسيق العمليات ، وتحسين الجودة ، والحد من العيوب .

كما عرفته(منى ، ٢٠٠٧) بأنه : أداة إحصائية لقياس مدى كفاءة وجودة المنتجات ، وينتج عن تطبيق هذه الأداة تحسين مستويات الجودة وتخفيض الفاقد والضائع وزيادة التركيز على العميل وزيادة الربحية .

وعرفه أيضاً الباحثان (Lloyd & Holsenback , 2006) بأنه : فلسفة إدارية تمكن المنظمات من تخفيض الأخطاء والعيوب إلى أقل حد ممكن ، حيث أنها تهدف الوصول إلى سلع وخدمات بنسبة خطأ لا تزيد عن ٣,٤خطأ لكل مليون فرصة خطأ.

(٢)متغيرات أسلوب سيجما ستة

تعددت أراء الباحثين حول متغيرات أسلوب سيجما ستة ، فقد أشار (بيت ، لاري ، ٢٠٠٥: ٣٣-٣٦ ; HO& Chuang , 2006) إلى ستة متغيرات لأسلوب سيجما ستة هي : التركيز على العميل ، الإدارة بالبيانات والحقائق ، التركيز على العمليات ، الإدارة بالمبادأة ، إزالة الحواجز (التعاون داخل المنظمة وبينها وبين الموردين والعملاء) ، السعي إلى الكمال. وأشار أيضاً (.Larson , 2003 : 165) إلي خمسة متغيرات لأسلوب سيجما ستة هي : التركيز على العملاء ، القرارات وفقا للبيانات والحقائق ، التحسين المستمر، احتواء العاملين ، التركيز على تحسين الأداء المالي ، كما أشار (Zu , 2005 ; Douglas et al . , 2008) إلى تسعة متغيرات لأسلوب سيجما ستة وهي : دعم الإدارة العليا ، التركيز على العملاء ، التركيز على الموردين ، التركيز على العاملين ، التركيز على العمليات ، التركيز على القياسات ، معلومات الجودة ، تصميم السلعة أو الخدمة ، تنظيم إدارة الجودة . وقام الباحث باستخدام المتغيرات التي تم استخدامها في دراسة (Douglas et al., 2008 ; Zu ,2005) ، حيث يرى الباحث أن المتغيرات المستخدمة في هذه الدراسات شاملة لمعظم متغيرات أسلوب سيجما ستة ، ويمكن توضيح هذه المتغيرات فيما يلي :

١) **دعم الإدارة العليا :** وتعنى دعم الإدارة العليا لممارسات الجودة داخل المنظمة ، حيث لا يمكن نجاح هذه الممارسات بدون دعم من قبل الإدارة العليا ، إذ يتطلب التطبيق الناجح لهذه الأساليب أن تكون الإدارة العليا أكثر رغبة وقدرة في متطلبات التحول من الأنظمة التقليدية إلى الأنظمة الحديثة (يسرى ، ٢٠٠٦) .

٢) **التركيز على العملاء:** يمثل التركيز على العملاء الاهتمام الأول لأسلوب سيجما ستة ، وذلك من خلال تحسين السلع والخدمات التي تشبع احتياجات ورغبات العملاء ، مما يلزم المنظمات فهم كيفية قياس العملاء للجودة وإنتاج منتجات وخدمات تفي بتوقعاتهم (Zu , 2005)

٣) **التركيز على الموردين :** وذلك من خلال تدريب الموردين الرئيسين على أسلوب سيجما ستة ، مما يجعلهم يدركون أن المنظمة تقيس أداء منتجاتهم ويبدعون في علاج مشاكلهم بأنفسهم (مايكل ، ريتشارد ، ٢٠٠٥ : ٢٦٢- ٢٦٤) .

٤) **التركيز على العاملين :** يعتبر الأفراد بالمنظمة أحد العناصر الهامة بل هم عنصر النجاح ، حيث تتوقف على جهودهم وكفاءتهم احتمالات نجاح المنظمة ، وفى نفس الوقت فهم يمثلون أهم مصدر للفشل باعتبارهم الأداة الرئيسية في العمل والإنتاج

، ولهذا يصبح من الضروري الاهتمام والعناية بالموارد البشرية ، وذلك من خلال وضع السياسات والنظم المناسبة والخاصة بالاختيار والتعيين والتدريب والتحفيز (يسرى ، ٢٠٠٦) .

٥) **التركيز على تصميم السلعة / الخدمة** : وذلك للتأكد من مدى مقابلتها لتوقعات العملاء وبالتكلفة الفعالة ، بالإضافة إلى توفير أدوات واستخدامات تساعد فرق العمل على عمليات تطوير السلعة أو الخدمة بكفاءة وفعالية (Zu , 2005) .

٦) **التركيز على العمليات** : وذلك من خلال التعرف على احتياجات وتوقعات العملاء والعمل على استمرارية التحسين للعمليات بما يتواءم مع هذه الاحتياجات والتوقعات ، وذلك من أجل استمرارية الاحتفاظ برضا العملاء (مايكل ، ريتشارد ، ٢٠٠٥ : ٢٤١) .

٧) **التركيز على معلومات الجودة (الإدارة بالبيانات والحقائق)** : وذلك من خلال وجود جهاز كفء لنظم المعلومات بالمنظمة يقوم على توفير قواعد البيانات الرقمية والإحصائية في مختلف المجالات والأنشطة وتحليلها ، للاستخلاص نتائج أو معلومات يمكن الاعتماد عليها في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بالتحسين المستمر ، وبالتالي تكون عملية التحسين مستندة على حقائق وليس أراء أو اجتهادات شخصية لمتخذي القرارات (يسرى ، ٢٠٠٦) .

٨) **التركيز على القياسات**: وذلك من خلال التأكيد على استخدام مقاييس متعددة لإدارة أنشطة تحسين الجودة داخل المنظمة ، وذلك من أجل تقييم أداء الجودة ، وتنقسم هذه القياسات إلى ثلاث مجموعات هي (Zu , 2005) :

أ- **أدوات إحصائية** : تساعد على اكتشاف وتحديد مشاكل الجودة والعوامل الهامة لتحقيق التحسين وإعادة تصميم السلعة أو الخدمة وتقييم تأثيرات التحسين ، ومن هذه الأدوات (تحليل الارتباط ، تحليل الانحدار ، خرائط الرقابة) .

ب- **أدوات تحليلية** : تساعد على اختبار أسباب المشاكل واكتشاف الحلول وتقييم النتائج ومن هذه الأدوات (خريطة السبب والأثر ، اختبار باريتو ، شجرة العوامل الهامة للجودة ، نموذج الفشل وتحليل الأثر).

ج- **أدوات إدارية** : تستخدم للإدارة والرقابة على أنشطة التحسين ، ومن هذه الأدوات (الرسم البياني لتوضيح النسب وذلك لتوفير أفكار التحسين خلال قيام الفريق باتخاذ قرارات التحسين ، خرائط الجودة) .

٩) **تنظيم إدارة الجودة** (Zu , 2005) : وذلك من خلال وجود خطوات منظمة لإجراء عملية التحسين مثل خطوات (DMAIC) وهى تحتوى على (التعريف – القياس – التحليل – التحسين – الرقابة) ، ووجود فريق ذات دور منظم لإجراء عملية التحسين وذلك لتطوير وإدارة العاملين من أجل تحقيق الكفاءة والفعالية لإدارة الجودة ، ويتم الدور المنظم من خلال تحديد دور ومسئولية كل فرد داخل فريق التحسين .

ثانياً : جودة الخدمة :

ويتم عرضها من خلال الحديث عن مفهوم جودة الخدمة الصحية ، مداخل تطبيق أسلوب سيجما ستة ، فوائد تطبيق أسلوب سيجما ستة ، وأخيراً متغيرات أسلوب سيجما ستة ، وذلك على النحو التالي :

(١)مفهوم جودة الخدمة الصحية

بالنسبة لمفهوم الجودة ، فقد أختلف الباحثون حول مفهومها ، فقد أشار (عبد العزيز بن حبيب الله ، ١٤٢٥هـ : ٢٢) إلى الجودة : بأنها إنجاز الأعمال الصحيحة بشكل صحيح . ويرى (محسن ، ٢٠٠٧ : ١٣) أن الجودة هي : ملائمة المنتج للاستعمال في الغرض المخصص له بدرجة ترضى العميل ، كما أشار أيضاً إلى **تعريف ISO للجودة** في عام ٢٠٠١ ، حيث تم تعريفها بأنها : مجموعة الصفات المميزة للمنتج والتي تجعله ملبياً للحاجات المعلنة أو قادراً على تلبيتها . في حين يرى (محمد الصيرفي ، ٢٠٠٥ : ٦١٠-٦١٤) أن الجودة هي : تلك الدرجة التي تشبع بها منتج معين حاجات العميل في الوقت الملائم وبالكمية المناسبة وبأقل تكاليف ممكنة .

أما بالنسبة لمفهوم جودة الخدمة ، فقد عرفها (Kara , 2005) بأنها : المقارنة بين توقعات العميل مع الأداء الفعلي للخدمة . في حين عرفها (Cronin &Taylor , 1992) بأنها : مستوى الأداء الفعلي للخدمة . أما (Parasuraman et al . , 1996) يرون أن جودة الخدمة هي: درجة التطابق مع المواصفات من وجهة نظر العميل وليس من وجهة نظر الإدارة في منظمة الخدمة . وعرفها أيضاً (عوض ، ٢٠٠٥ : ٤٣) بأنها : تضافر الجهود من أجل الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وتقديم الخدمة في الوقت وبالأسلوب الذي يحقق رضا العملاء . كما أشارت (شيرين ، ٢٠٠٧) إلى مفهوم جودة الخدمة من خلال إتباع أسلوب جديد يطلق عليه أسلوب صافي التحليل العقلي كأحد الأساليب الهامة للتنبؤ النظري لنمط العلاقات ، وذلك لتحديد مفهوم جودة الخدمة المدركة تحديداً دقيقاً ، من خلال مراجعة دقيقة لنتائج البحوث المهمة التي تناولت المفهوم وعلاقته ببعض المفاهيم المرتبطة به (مثل الرضا) ، ثم استخدام التحليل المنطقي لتمييز المفهوم تمييزاً دقيقاً عن باقي المفاهيم النظرية ، وقد توصل هذا التحليل إلى أن مفهوم جودة الخدمة المدركة هو :

١) مفهوم نسبى يختلف من شخص لآخر وليس مفهوماً مطلقاً .
٢) مفهوم مدرك وليس عاطفي .
٣) يتم تقييمه على أساس موضوعي فقط لخصائص المنتج وليس وفقاً للمعايير الشخصية المتعلقة بأهواء العميل .
٤) يتم إدراك هذا المفهوم بعد الشراء مباشرة وليس قبل الشراء .
٥) يتم الحكم عليها من خلال حساب ما يتم الحصول عليه فقط ، وليس من خلال مقارنة ما يتم الحصول عليه وما يتم التضحية به .
٦) يمكن قياسها على مستوى التعامل لمرة واحدة وكذلك على مستوى العلاقات والتعامل أكثر من مرة .

وهو بذلك يختلف عن مفهوم الرضا الذي يتكون من جزأين :

١) جزء إدراكي : تلعب المعايير الموضوعية دوراً في تقييمه .
٢) جزء عاطفي : تلعب المعايير الذاتية أو الشخصية دوراً كبيراً في تقييمه ، حيث يتم الحكم عليه من خلال مقارنة ما يحصل عليه العميل وما يتم التضحية به .

أما جودة الخدمة الصحية ، فيرى (خالد ، ١٩٩٤) أن جودة الخدمة الصحية هي : درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء

تشخيص أو مشكلة طبية . في حين يـرى (سـعيد ، ٢٠٠٣) أن جودة الخدمة الـصحية هـي : مقابلـة حاجات ورغبات المرضى . وأشار أيضاً (عبد العزيز بن حبيب الله ، ١٤٢٥ : ٤٦) إلى تعريـف منظمـة الصحة العالمية لجودة الخدمـة الـصحية حيـث تـم تعريفها بأنها : التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكاليف معقولـة ، وبحيث تؤدى إلى إحداث تأثير على معدلات المـرض والوفيات والإعاقة وسوء التغذية .

(٢)نماذج قياس جودة الخدمة :

بعد الرجوع للعديد مـن الدراسـات العربيـة والأجنبية في مجال جودة الخدمة تمكن الباحـث مـن الوصول إلى ستة نماذج لقياس جودة الخدمـة ، يـتم عرضها على النحو التالي :

١) **نموذج الفجـوة SERVQUAL** : وينسب إلـى (Parasuraman et al . , 1985) ، ويقـيس جودة الخدمة اعتماداً على قيـاس إدراك العميـل للفرق بين الجودة المتوقعة ، والجـودة المدركـة لأداء الخدمة ، ومن ثم تحديد درجة رضا العميـل عن جودة الخدمة ، حيث تكـون جـودة الخدمـة مرضية إذا كانت الفجوة صفراً ، أمـا إذا كانـت درجة الجودة المدركة لأداء الخدمـة أكثـر مـن درجة الجودة المتوقعة ، فإن جودة الخدمة تحقـق درجة عالية من الرضا والعكس صـحيح . وتـم تصنيف جودة الخدمة في هذا النموذج إلى عناصر عشرة هي: الاعتماديـة ، سـرعة الاسـتجابة ، المهارات ، السهولة في تقديم الخدمـة ، مجاملـة العملاء ، الاتصالات ، المصداقية ، الأمان ، فهم أفضل للعملاء ، الجوانب المادية الملموسة. وفـي دراسة لاحقـة تمكـن (, .Parasuraman et al 1988) بدمج هذه العناصر العشرة في خمسة عناصـر فقـط وهـي : الجوانـب الملموسـة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف .

٢) **نموذج الأداء الفعلي SERVPERF** :

وينسب إلـى (Cronin & Taylor, 1992) ، وهم من أوائل الباحثين الذين تبنوا مقياس الأداء الفعلي في قياس جودة الخدمة . ويعتمد هذا النمـوذج علـى نفس الأبعاد الرئيسية والفرعية التـي يعتمـد عليهـا نموذج الفجوة ، إلا أنه يقيس الجودة من خـلال الأداء الفعلي فقط مع استبعاد جانب التوقعات ، نظراً لعـدم وضوحها وصعوبة قياسها .

ويعتبر هذا المقياس أبسط وأسهل في التطبيـق من نموذج الفجوة حسب رأييهما ، حيث إنـه يركـز على الأداء الفعلي للخدمة المقدمة ، باعتبار أن جـودة الخدمة يمكن الحكم عليها بشكل مباشـر مـن خـلال اتجاهات العملاء ، كما أن هذا النموذج يقيس التبـاين في جودة الخدمة أكثر من نموذج الفجوة .

٣) **نموذج شمال أوروبا** : وينسب هذا النموذج إلـى (Gronross , 1988 , 2001) ، ويوضح ثلاثـة أبعاد لجودة الخدمة وهما : الجودة الفنية ، الجودة الوظيفية ، الصورة الذهنية .

٤) **النموذج الثلاثي الأبعاد** : وينسب هـذا النمـوذج إلى (Rust & Oliver , 1994) ويرى أن جودة الخدمة تتحدد في ثلاث أبعاد هي : أداء الخدمـة : ويمثل هذا البعد الجودة الفنية ، تـسليم الخدمـة : ويمثل هذا البعد الجودة الوظيفية ، بيئة الخدمـة : ويمثل هذا البعد كافة الإمكانات المادية الملموسة

٥) **النموذج التدريجي (الهرمـي)** : وينـسب هـذا النمـوذج إلـى (Brady & Cronin , 2001) ،

ويحتوى على ثلاثة أبعاد أساسية وهـى : جـودة التفاعل ، وجودة البيئة المادية للخدمـة ، وجـودة المخرجات . ثم قام (Caro & Garcia , 2007) بتطوير هذا النموذج وإضـافة متغيـر جـودة التصميم كمتغير أساسي لجودة الخدمة بـدلا مـن كونه متغير فرعى لجودة البيئة المادية ، ليـصبح النموذج محتويا على أربعة أبعاد أساسية .

٦) نموذج MAGAL : ينسب هذا النموذج إلـى (Landrum & Prybutok , 2007) ، ويشتمل على ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة هي:كفاءة مقـدمي الخدمة، جودة المعلومـات المقدمـة للعمـلاء ، الاكتفاء الذاتي للعملاء .

وبعد العرض السابق لأهم نماذج قياس جودة الخدمة ، يشير الباحث للنقاط التالية :

١) مقياسي الفجوة SERVQUAL ، والأداء الفعلي SERVPERF مقاييس عالميـة وتعـد الأكثـر انتشاراً في قياس جودة الخدمة بصفة عامـة ، إلا أن نموذج الفجوة يعد الأكثر استخداماً في قيـاس جودة الخدمة (وفقي ، ٢٠٠٣) ، بالرغم أنه يواجه العديد من الانتقادات ومنها :

١. اعتماد هذا النموذج في جانب منه على توقعـات العملاء لمستوى جودة الخدمة يثيـر الـشك فـي النتائج ، ولاسيما أن العميل بطبيعته يميـل غالبـا إلى بناء توقعاته في صورة مثالية ، كما أنه قـد لا يكون لدية صورة مكتملة عما يتوقعه من الخدمـة (مثل الشخص الذي يسافر علـى الطـائرة لأول مرة) (وفقي ، ٢٠٠٣ ; ثابت ، ١٩٩٦) .

٢. أشار العديد من الباحثين الذين استخدموا نمـوذج الفجـوة (وفقـي ، ٢٠٠٣ ; Doholkar et al . , Zhao et al . ,2002 ; 2000) إلى عدم ثبات الأبعاد التي تشكل جـودة الخدمة ، فهي تختلف فيما بين القطاعات ، وحتى داخل القطاع الواحد ، ولم تضع أبعـاداً حاكمـة ودقيقة لإدراك جودة الخدمة .

٣. أشارت (شيرين ، ٢٠٠٧) إلى بعض الانتقادات الموجهة لنموذج الفجوة فيما يلي:

أ- سؤال المفردة عن التوقعات وعن مـستوى الأداء الفعلي المدرك في قائمة واحدة قد يسبب مـشكلة نفسية كبيرة للمستقصى منهم .

ب- أن نموذج الفجوة يصلح فقط لقياس جودة الخدمـة في حالات التأكد التام من قبل مـستخدم الخدمـة بشأن خصائص الخدمة .

ج- أن زيادة الأداء المدرك عن التوقعـات لا يعكـس بالضرورة زيادة مستوى الجودة ، كما أن ظهـور الفجوات السلبية قد يحدث أحيانـا نتيجـة مثاليـة توقعات العملاء ، الأمر الذي يدعو إلى التـشكك في مصداقية مقياس الفجوة .

٢) توصل العديد من الباحثين إلى أن نمـوذج الأداء الفعلـي SERVPERF أفـضل مـن نمـوذج الفجوة SERRVQUAL في قياس جودة الخدمة ، فقد توصل (وفقـي ،٢٠٠٣ ; Lee et al. , 2000) إلى تفوق نمـوذج الأداء الفعلـي علـى نموذج الفجوة في قياس مستوى جـودة الخدمـة الـصحية ،كمـا قـام (liusar & Zornoza , 2000) بإعادة اختبار النمـاذج المختلفـة لقيـاس جودة الخدمة من خلال مقارنة نتائج الدراسات في الماضي وفي الحاضر علـى نفـس النـوع مـن الخدمات ، وأكد على تفوق نموذج الأداء الفعلـي SERVPERF على باقي النماذج المستخدمة في قياس جودة الخدمة ، حيث أن نتائجه ظلت ثابتـة مع النتائج الحديثة .

▪ الدراسات السابقة :

ويتم عرضها من خلال عرض بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت أسلوب سيجما ستة ، وجودة الخدمة الصحية ، وذلك على النحو التالي :

أولاً : الدراسات السابقة الخاصة بأسلوب سيجما ستة :

ركزت الدراسات السابقة الخاصة بأسلوب سيجما ستة على عدة جوانب وهي : علاقة أسلوب سيجما ستة بأساليب إدارة الجودة الأخرى ، عوامل نجاح تطبيق أسلوب سيجما ستة ، تأثير أسلوب سيجما ستة على المنظمات . ويعرض الباحث لأهم نتائج هذه الدراسات فيما يلي :

(١) بالنسبة لعلاقة أسلوب سيجما ستة بأساليب إدارة الجودة الأخرى :

أوضحت بعض الدراسات وجود علاقة بين أسلوب سيجما ستة وأساليب إدارة الجودة الأخرى ، كأسلوب إدارة الجودة الشاملة وبطاقة الأداء المتوازن ، حيث ترى (نهال ، ٢٠٠٦) أن أسلوب سيجما ستة يعد الامتداد المباشر لإدارة الجودة الشاملة ، ويتفق مع هذا الرأي (Zu , 2005; Douglas et al. , 2008) ، حيث توصلوا إلى أن أسلوب إدارة الجودة الشاملة يحتوى على سبعة متغيرات أساسية وهي : دعم الإدارة العليا ، التركيز على العملاء ، التركيز على العاملين ، التركيز على العمليات ، التركيز على الموردين ، التركيز على معلومات الجودة وأخيراً التركيز على تصميم السلعة/الخدمة ، بينما يحتوى أسلوب سيجما ستة على تسعة متغيرات تشتمل على المتغيرات السبعة لإدارة الجودة الشاملة ، بالإضافة إلى متغيرين آخرين هما : التركيز على القياسات ، تنظيم إدارة الجودة ، وتوصلت دراسة (Cheng , 2007) إلى إمكانية تطبيق أسلوب سيجما ستة من خلال أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، حيث أن هذا الأسلوب يحتوى على متغيرات ضمنية لأسلوب سيجما ستة

اتفق العديد من الباحثين على أن أسلوب سيجما ستة أفضل من أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، حيث أوضحت دراسة (Ayeni , 2003) أن أسلوب سيجما ستة يؤثر على الأداء المالي داخل المنظمة بصورة أفضل من أسلوب الجودة الشاملة ، ودعم هذا الرأي دراسة (محمد ، ٢٠٠٤) حيث أوضحت وجود اختلاف جذري بين أسلوب سيجما ستة وبين الأساليب الإدارية الأخرى ومنها أسلوب إدارة الجودة الشاملة التي أثبتت الدراسات أنة يقوم على مجموعة من الأفكار النظرية بعكس أسلوب سيجما ستة ، والذي ينظر إلية على أنه أقرب من النواحي العملية عنه من الجوانب النظرية .

هناك اتفاق أيضا من قبل بعض الباحثين على إمكانية التكامل بين أسلوب سيجما ستة وأساليب إدارة الجودة الأخرى ، حيث توصل (محمد ، ٢٠٠٤) إلى أن أسلوب سيجما ستة يصلح للتكامل مع باقي أساليب إدارة الجودة الأخرى ، وذلك بهدف تكوين إطار عملي مع باقي الأدوات المستخدمة في إدارة الجودة ، واتفق مع هذا الرأي الباحثان (نهال ، ٢٠٠٦ ; طارق ٢٠٠٦) الذين يرون إمكانية التكامل بين أسلوب سيجما ستة وأسلوب بطاقة الأداء المتوازن وذلك للاستفادة من نقاط القوة في كليهما .

(٢) بالنسبة لعوامل نجاح تطبيق أسلوب سيجما ستة داخل المنظمات :

هناك تعارض بين أراء الباحثين حول عوامل

نجاح تطبيق أسلوب سيجما ستة داخل المنظمات ، حيث أوضحت دراسة (نهال ، ٢٠٠٦) أن عوامل نجاح تطبيق أسلوب سيجما ستة تتمثل في خمسة عوامل هي : التزام الإدارة العليا بتطوير ثقافة المنظمة ، وجود بنية تحتية تنظيميه قوية وفعالة ، التدريب ومشاركة جميع أفراد المنظمة ، التركيز على العملاء ، في حين أوضحت (منى ، ٢٠٠٧) أن هناك خمسة عوامل أيضا لنجاح تطبيق أسلوب سيجما ستة ، تتفق مع الدراسة السابقة في ثلاث متغيرات وهى : التزام الإدارة العليا بتطوير ثقافة المنظمة ، التدريب ومشاركة جميع أفراد المنظمة ، التركيز على العملاء ، وتختلف معها في متغيرين وهما : التأكيد على فكرة فرق العمل ، وجود نظام معلومات منظم . وتوصلت دراسة (Lee , Kuo-Liang , 2002) أن عوامل النجاح الرئيسية لأسلوب سيجما ستة تتمثل في ستة عوامل تتفق مع للدارستين السابقتين في عامل واحد فقط وهو دعم الإدارة العليا والتزامها ، وتختلف معها في خمسة عوامل وهي : برامج الجودة المستخدمة سابقاً في المنظمة ، العمليات الإدارية داخل المنظمة ، اختيار الأحزمة السوداء في مشروع سيجما ستة ، البرامج التدريبية لأسلوب سيجما ستة ، الأدوات الإحصائية وغير الإحصائية المستخدمة داخل المنظمة.

(٣) بالنسبة لتأثير أسلوب سيجما ستة على المنظمات :

اتفقت جميع الدراسات التي اطلع عليها الباحث على وجود تأثير إيجابي لأسلوب سيجما ستة على أداء المنظمات ، فقد توصل الباحثان (Ayeni , 2003 ; Foster , 2007) إلى وجود تأثير ايجابي لأسلوب سيجما ستة على الأداء المالي للمنظمة ، وتوصل أيضاً الباحثان (Zu , 2005 ; Douglas et al , 2008) إلى وجود تأثير ايجابي لأسلوب سيجما ستة على أداء الجودة داخل المنظمات الصناعية . وتوصلت دراسة (Hamamoto , 2000) إلى وجود تأثير ايجابي لأسلوب سيجما ستة على رضا العملاء وأداء المنظمة ، وتوصلت أيضاً دراسة (Lee , Kuo-Liang , 2002) إلى أن أسلوب سيجما ستة يعمل على زيادة الرضا الوظيفي والمجهود الإضافي للمرؤوسين وفعالية القيادة ، وأخيراً توصل (Lee - Mortimer , 2006) إلى أنه يمكن أسلوب سيجما ستة من معالجة مشاكل الانحرافات في أداء الجودة داخل المنظمة ، وذلك من خلال تركيز المشروعات على أهمية العمليات المنظمة وأهمية جمع البيانات والاعتماد على الحقائق بدلا من التخمين، وبالتالي توضيح الأسباب الحقيقية للمشاكل وإعطاء الحلول الفعالة .

ثانيا : الدراسات السابقة الخاصة بجودة الخدمة الصحية :

ركزت الدراسات السابقة في مجال جودة الخدمة الصحية على عدة جوانب وهي : أبعاد جودة الخدمة الصحية ، وعلاقة جودة الخدمة الصحية ببعض المتغيرات الأخرى .

(١) فيما يتعلق بأبعاد جودة الخدمة الصحية :

أشار (وفقي ، ٢٠٠٣) إلى أن مقياس الفجوة SERVQUAL ومقياس الأداء الفعلي SERVPERF أشهر المقاييس لجودة الخدمة ، فقد تم استخدام مقياس الفجوة SERVQUAL في العديد من الدراسات المتعلقة بجودة الخدمة الصحية (ثابت ، ١٩٩٦ ; ياسر ، ١٩٩٨ ; عبد الله ، ١٩٩٨ ; ناهد ، ١٩٩٩; أحمد ، ٢٠٠٠ ; Lee , Mi Aie , 2007) ، وتم استخدام مقياس

الأداء الفعلي SERVPERF أيضا في العديد من الدراسات المتعلقة بجودة الخدمة الصحية مثل دراسات (سعيد ، ٢٠٠٣ ؛ صفاء ، ٢٠٠٦ ؛ Andaleeb , 2000) .

هناك العديد من الدراسات التي أثبتت أن نموذج الأداء الفعلي SERVPERF أفضل من نموذج الفجوة SERVQUAL في قياس جودة الخدمة الصحية ، فقد توصل (وفقي ، ٢٠٠٣) إلى أن قياس جودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس الأداء الفعلي SERVPERF (الجودة = الأداء) يعطي نتائج أفضل من نموذج الفجوة SERVQUAL (الجودة = الأداء – التوقعات) ، كما توصل الباحثان (Lee et al. , 2000) أن قياس الأداء الفعلي للخدمة يفسر التباين في جودة الخدمة بدرجة اكبر في مجال الخدمة الصحية ، الذي يضم بعض الجوانب الفنية في الجودة والذي يصعب على معظم العملاء أن يكون لهم توقعات صحيحة بشأنها .

يوجد اتفاق لدى بعض الباحثين حول الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر العملاء ، حيث توصل الباحثان (وفقي ، ٢٠٠٣ ; عبد الله ، ١٩٩٨) إلى ترتيباً لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب الأهمية من وجهة نظر العملاء ويتمثل في : الاعتمادية – الاستجابة – الأمان – التعاطف – الجوانب الملموسة .

(٢) **فيما يتعلق بعلاقة جودة الخدمة الصحية ببعض المتغيرات الأخرى** ، فقد توصل (ياسر ، ١٩٩٨) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رضا العملاء عن الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية تبعا لمتغير العمر والمستوى التعليمي ونوع العمل ونوع التأمين الصحي ومستوى المركز الصحي ، في حين لم يتضح هناك أي فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية والجنس . كما توصل (سعيد ، ٢٠٠٣) إلى وجود ارتباط إيجابي ذات دلالة إحصائية بين التسويق الداخلي بأبعاده السبع كمتغير مستقل ومستوى جودة الخدمة الصحية كمتغير تابع. في حين توصل (وفقي ، ٢٠٠٣) إلى وجود علاقة موجبة ، ودالة إحصائياً بين محددات جودة الخدمة الصحية كمتغير مستقل ورضا العملاء عن هذه الخدمة كمتغير تابع .

وتوصلت(صفاء،٢٠٠٦) إلى وجود علاقة معنوية بين كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية والممارسات الإدارية المتبعة داخل المستشفى .

التعليق على الدراسات السابقة :

(١) يحقق أسلوب سيجما ستة العديد من المزايا للمنظمات التي تقوم بتطبيقه . مثل تحسين الأداء المالي ، رضا العملاء ، زيادة الرضا الوظيفي والمجهود الإضافي للمرؤوسين وفعالية القيادة ، معالجة مشاكل الانحرافات في أداء الجودة داخل المنظمة .

(٢) على الرغم من المزايا العديدة التي يحققها أسلوب سيجما ستة للمنظمات ، والاهتمام الواسع بأسلوب سيجما ستة على المستوى العالمي من قبل الباحثين وكذلك المنظمات ، إلا أن هناك ندرة في الدراسات العربية التي تناولت هذا الأسلوب بالدراسة والتحليل ، وهذا يدل على قلة الاهتمام بأسلوب سيجما ستة في مصر سواء على المستوى الأكاديمي أو على مستوى منظمات الأعمال .

(٣) معظم الدراسات العربية المتعلقة بأسلوب سيجما

ستة كانت دراسات نظرية تفتقد إلى الجانب التطبيقي ، مما قد يشكك في مدى صحة ما توصلت إلية من نتائج ومن ثم عدم القدرة على تعميمها .

(٤) هناك مقياسين لقياس جودة الخدمة يعدوا الأكثر انتشاراً وهما ، مقياس الفجوة SERVQUAL ، ومقياس الأداء الفعلي SERVPERF ، ويحتويا على نفس الأبعاد والتي تتمثل في : الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف .

(٥) قياس جودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس الأداء الفعلي SERVPERF يعطى نتائج أفضل من نموذج الفجوة SERVQUAL ، وبناءً على ذلك فقد قام الباحث باستخدام مقياس الأداء الفعلي SERVPERF لقياس جودة الخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة .

(٦) نظراً للمزايا العديدة التي يحققها استخدام أسلوب سيجما ستة للمنظمات بكافة أنواعها ، بالإضافة إلى وجود فجوه بحثية تدرس العلاقة بين متغيرات أسلوب سيجما ستة وجودة الخدمة الصحية وذلك كما هو مبين في الدراسات السابقة ، قام الباحث بدراسة تلك العلاقة من خلال استخدام متغيرات أسلوب سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية ، وذلك من خلال المقارنة بين المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة المتميزة بمحافظة القاهرة .

القسم الثاني : الدراسة التطبيقية :

وتضم عدة عناصر وهي : أهمية الدراسة ، مشكلة الدراسة ، أهداف الدراسة ، فروض الدراسة حدود الدراسة ، أسلوب الدراسة ، أساليب تحليل البيانات ، تحليل ومناقشة النتائج واختبار الفروض ، ملخص لأهم النتائج والتوصيات ، ثم مقترحات لبحوث مستقبلية .

ويتناول الباحث هذه العناصر على النحو التالي :

أولاً : أهمية الدراسة :

تظهر أهمية هذه الدراسة على المستويين العلمي والتطبيقي كما يلي :

(١) الأهمية العلمية :

تستمد هذه الدراسة أهميتها العلمية مما يلي :

١) تناول مفهوماً من المفاهيم الحديثة في مجال إدارة الأعمال ، خصوصا في ظل ندرة الكتابات العربية وغزارة الكتابات الأجنبية التي تناولت هذا الموضوع بالدراسة والتحليل ، ويري الباحث أن ذلك يمكن أن يمثل إضافة علمية للمراجع في المكتبة العربية .

٢) التعرف على متغيرات أسلوب سيجما ستة وتفعيلها لتحسين مستوى جودة الخدمة الصحية.

٣) التعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات أسلوب سيجما ستة ومستوى جودة الخدمة الصحية .

(٢) الأهمية التطبيقية :

تستمد هذه الدراسة أهميتها التطبيقية مما يلي :

١) أهمية الموضوع الذي يتطرق إليه الباحث ، حيث أصبح من الضروري التسلح بالأسلحة اللازمة للوصول إلى أعلى درجة من الجودة وخاصة في الخدمات الصحية ، حيث إنها تختلف عن غيرها من الخدمات الأخرى ، فقبول مستوى أقل لهذه الخدمة قد يؤدى إلى عواقب وخيمة كحالات الإعاقة أو العجز أو الوفاة ، ومن هذا المنطلق

أصبح لا مناص من التوجه إلى الممارسة العملية لأحد أهم الأساليب الحديثة التي أثبتت كفاءتها واحتلت مكان الصدارة في مجال التطوير والتحسين المستمر للمنظمات ، ألا وهو أسلوب سيجما ستة .

٢) يعد هذا البحث خطوة بداية تساعد المنظمات الصحية على النهوض بتطبيق أسلوب سيجما ستة ، مما يساعدها على تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لعملائها، خصوصاً مع افتقار المكتبة العربية إلى دراسات وأبحاث تتناول هذا الموضوع .

ثانيا :مشكلة الدراسة :

لتحديد مشكلة الدراسة ، قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية ، تمت على مرحلتين ، كما يلي :

(١) المرحلة الأولى: الدراسة الاستطلاعية المكتبية:

قام الباحث في هذه المرحلة بالرجوع إلى العديد من البحوث العربية والأجنبية ذات الصلة بكل من : أسلوب سيجما ستة ، وجودة الخدمة بصفة عامة وجودة الخدمة الصحية بصفة خاصة وقد أسفرت هذه المرحلة عن بعض النتائج تم الإشارة إليها من قبل في التعليق على الدراسات السابقة .

(٢) المرحلة الثانية: الدراسة الاستطلاعية الميدانية :

تمت هذه الدراسة خلال الفترة من (٨/ ٣ / ٢٠٠٨ – ٢٨ / ٣ / ٢٠٠٨) ، حيث استهدفت التعرف على ما يتم ممارسته من متغيرات لأسلوب سيجما ستة داخل المستشفيات محل الدراسة ومستوى جودة الخدمة الصحية في هذه المستشفيات ، ولتحقيق ذلك قام الباحث بمقابلة ٥٠ مفردة من المرضى المترددين على المستشفيات الجامعية محل الدراسة بالقاهرة ، و٢٥ مفردة من المرضى المترددين على المستشفيات الخاصة محل الدراسة بالقاهرة ، وذلك للتعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم ، بالإضافة إلى مقابلة ٢٠ مفردة من العاملين داخل المستشفيات الجامعية محل الدراسة بالقاهرة ، ١٦ مفردة من العاملين بالمستشفيات الخاصة محل الدراسة بالقاهرة ، وذلك للتعرف على درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة داخل هذه المستشفيات.

وقد أسفرت هذه المقابلات عن النتائج التالية :

١) انخفاض مستوى جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الجامعية بالقاهرة ، وقد أتضح ذلك من خلال وجود جوانب سلبية عديدة في الخدمة الصحية التي تقدمها تلك المستشفيات وأهمها : طول فترة الانتظار للحصول على الخدمة ، سوء معاملة مقدمي الخدمة للمرضى ، عدم اهتمام إدارة المستشفى بمشاكل المرضى ، عدم شعور المرضى بالأمان بالتعامل مع المستشفى وزيادة عدد مرات زيارة المريض لنفس المرض ، بالإضافة إلى القصور الواضح في العديد من متغيرات أسلوب سيجما ستة داخل هذه المستشفيات ، وقد أتضح ذلك القصور مما يلي :

١– دعم ضعيف من جانب الإدارة العليا لممارسات الجودة : حيث لا تقوم الإدارة العليا بتقييم أداء جودة الخدمات المقدمة للمرضى ، وعدم اهتمام إدارة المستشفى بمشاركة جميع رؤساء الأقسام في عمليات تحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى .

٢– القصور في التركيز على العملاء : حيث لا تقوم إدارة المستشفى بقياس اتجاهات المرضى نحو ما تقدمه لهم من خدمات صحية ، بالإضافة إلى عدم

تحديد أهداف عملية تحسين الجودة في المستشفى وفقاً لمتطلبات وتوقعات العملاء .

٣- القصور في التركيز على العاملين : واتضح ذلك من خلال ضعف الجهود والإمكانيات الخاصة بتدريب العاملين داخل المستشفى ، بالإضافة إلى انخفاض الأجور والمكافآت داخل المستشفى قياساً بالأجور والمكافآت بالمستشفيات الخاصة .

٤- القصور في توافر المعلومات الخاصة بالجودة : وعدم توافرها لجميع العاملين بالمستشفى ، بالإضافة إلى عدم توافرها في كثير من الأحيان في الوقت المناسب ، وعدم استخدام هذه المعلومات في تقييم الأداء الإداري والإشرافي والطبي بالمستشفى .

٥- القصور في التركيز على عمليات أداء الخدمة : حيث لا يوجد صيانة وقائية للأجهزة والغرف الخاصة بالمرضى ، بالإضافة إلى الالتزام الضعيف بالجداول الزمنية الخاصة بأداء الخدمات الصحية .

٦- القصور في تنظيم إدارة الجودة : حيث لا تعتمد إدارة المستشفى على خطوات منظمة لإدارة الجودة مثل : التعريف - القياس - التحليل - التحسين - الرقابة ، وعدم وجود هيكل تنظيمي يوضح أدوار الأفراد داخل إدارة تحسين الجودة ، بالإضافة إلى التقدير المالي الضعيف لجهود العاملين المشتركين في برامج تحسين جودة الخدمة الصحية .

٧- القصور في التركيز على القياسات : واتضح ذلك من خلال عدم الاهتمام بوضع استراتيجيات لتحسين الأداء المالي داخل المستشفى ، بالإضافة إلى عدم تقييم عمليات أداء الجودة وفقاً لمتطلبات العملاء .

٢) وعلى نقيض المستشفيات الجامعية ، يوجد ارتفاع في مستوى جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بالقاهرة ، وقد أتضح ذلك من خلال وجود جوانب إيجابية عديدة في الخدمة الصحية التي تقدمها تلك المستشفيات وأهمها : عدم الانتظار وقت طويل للحصول على الخدمة ، المعاملة الجيدة من قبل مقدمي الخدمة للمرضى ، اهتمام إدارة المستشفى بمشاكل المرضى ، شعور المرضى بالأمان بالتعامل مع المستشفى ، بالإضافة إلى الاهتمام الواضح بالعديد من متغيرات أسلوب سيجما ستة في هذه المستشفيات وقد أتضح ذلك مما يلي :

١- دعم قوى من جانب الإدارة العليا لممارسات الجودة : حيث يوجد حرص شديد من قبل الإدارة العليا على تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ، بالإضافة إلى تقييم أداء الجودة ومشاركة جميع رؤساء الأقسام في عمليات تحسين جودة الخدمات المقدمة في المستشفى .

٢- الاهتمام بالعملاء : واتضح ذلك من خلال الاهتمام بقياس اتجاهات المرضى نحو ما تقدمه المستشفى لهم من خدمات صحية ، بالإضافة إلى تحديد أهداف عملية تحسين الجودة في المستشفى وفقاً لمتطلبات وتوقعات العملاء .

٣- الاهتمام بالعاملين: واتضح ذلك من خلال توافر الجهود والإمكانيات الخاصة بالتدريب للعاملين بالمستشفى، بالإضافة إلى ارتفاع الأجور

والمكافآت داخل المستشفى قياساً بالمستشفيات الجامعية.

٤- توافر المعلومات الخاصة بالجودة لجميع العاملين بالمستشفى ، وتوافرها في الوقت المناسب ، بالإضافة إلى استخدام هذه المعلومات في تقييم الأداء الإداري والإشرافي والطبي بالمستشفى .

٥- الاهتمام بعمليات أداء الخدمة الصحية : حيث يوجد صيانة وقائية للأجهزة والغرف الخاصة بالمرضى ، بالإضافة إلى الالتزام الشديد بالجداول الزمنية الخاصة بأداء الخدمات الصحية .

٦- الاهتمام بتنظيم إدارة الجودة : حيث تعتمد إدارة المستشفى على خطوات منظمة مثل : التعريف – القياس – التحليل – التحسين – الرقابة ، وجود هيكل تنظيمي يوضح أدوار الأفراد داخل إدارة تحسين الجودة ، بالإضافة إلى التقدير المالي المناسب لجهود العاملين المشتركين في برامج تحسين جودة الخدمة الصحية .

٧- الاهتمام بالقياسات : واتضح ذلك من خلال الاهتمام بوضع استراتيجيات لتحسين الأداء المالي داخل المستشفى ، بالإضافة إلى تقييم عمليات أداء الجودة وفقاً لمتطلبات العملاء .

وفي ضوء نتائج الدراسة الاستطلاعية يمكن للباحث صياغة مشكلة الدراسة في أنه :

" يوجد قصور في مستوى جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الجامعية محل الدراسة بالإضافة إلى القصور في تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة في هذه المستشفيات ، في حين يوجد ارتفاع في مستوى جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة محل الدراسة بالإضافة إلى تطبيق معظم متغيرات أسلوب سيجما ستة ، وهو الأمر الذي يستدعي الكشف عن العلاقة بين المتغيرين ، ودرجة تأثير متغيرات أسلوب سيجما ستة على مستوى جودة الخدمة الصحية ".

ثالثاً : أهداف الدراسة :

يهدف هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية :

(١) تحديد ما إذا كان هناك اختلافات معنوية بين عملاء المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة محل الدراسة في إدراك كل منهما لمستوى جودة الخدمة الصحية .

(٢) تحديد ما إذا كان هناك اختلافات معنوية بين العاملين بالمستشفيات الجامعة والمستشفيات الخاصة محل الدراسة في إدراك كل منهما لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة .

(٣) تحديد ما إذا كان هناك تأثير معنوي لمتغيرات أسلوب سيجما ستة علي مستوى جودة الخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة .

(٤) التوصل إلي مجموعة من التوصيات تساعد المستشفيات المصرية علي النهوض بمستوي جودة الخدمة الصحية .

رابعاً : فروض الدراسة :

انطلاقا من الأهداف السابقة ، فإن هذه الدراسة تسعى إلى اختبار مدى صحة الفروض التالية :

(١) توجد فروق معنوية بين عملاء المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة في إدراك كل منهما لمستوى جودة الخدمة الصحية .

(٢)توجد فروق معنوية بين العاملين بالمستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة في إدراك كل منهما لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة.

(٣) يوجد تأثير معنوي لمتغيرات أسلوب سيجما ستة على مستوى جودة الخدمة الصحية .

ويشتق من هذا الفرض الفروض الفرعية التالية :

(١/٣) المستوى العالي لدعم الإدارة العليا يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية.

(٢/٣) المستوى العالي للتركيز على العملاء يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية.

(٣/٣) المستوى العالي للتركيز على الموردين يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية .

(٤/٣) المستوى العالي للتركيز على العاملين يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية .

(٥/٣) المستوى العالي لمعلومات الجودة يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية.

(٦/٣) المستوى العالي لتصميم الخدمة يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية.

(٧/٣) المستوى العالي للتركيز على عمليات أداء الخدمة يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية في المستشفيات .

(٨/٣) المستوى العالي لتنظيم إدارة الجودة يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية.

(٩/٣) المستوى العالي للتركيز على القياسات يؤدي إلى مستوى عال لجودة الخدمة الصحية .

خامساً : حدود الدراسة :

(١) **حدود مكانية :** اقتصرت الدراسة على المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة .

(٢)**حدود زمنية :** تم جمع بيانات هذه الدراسة في شهر أكتوبر ونوفمبر من عام ٢٠٠٩م .

(٣) **حدود بشرية :** العملاء والعاملين بالمستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة .

سادساً : أسلوب الدراسة :

وتتضمن البيانات المطلوبة ومصادرها ، مجتمع الدراسة والعينة ، أداة الدراسة وطرق جمع البيانات ، قياس متغيرات الدراسة وأخيراً أدوات التحليل الإحصائي.

(١) البيانات المطلوبة ومصادرها :

أعتمد الباحث في هذه الدراسة على نوعين من البيانات هما :

١) البيانات الثانوية :

وتم الحصول عليها عن طريق مراجعة الكتب والأبحاث العربية والأجنبية التي تناولت موضوعي أسلوب سيجما ستة ، وجودة الخدمة الصحية والموضوعات المتعلقة بهما .

هذا إلى جانب بيانات أعداد المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة ، وأعداد المرضى المترددين على هذه المستشفيات ، وأعداد العاملين بها.

٢) البيانات الأولية :

تطلبت هذه الدراسة البيانات الأولية التالية :

١. مستوى جودة الخدمة الصحية بالمستشفيات الجامعية والخاصة محل الدراسة تبعاً لإدراك عملاء هذه المستشفيات .
٢. درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة بالمستشفيات الجامعية والخاصة محل الدراسة تبعاً لإدراك العاملين بهذه المستشفيات .

والمصدر الأساسي لهذه البيانات هو قائمة الاستقصاء .

(٢) مجتمع الدراسة والعينة :

لتحديد مجتمع الدراسة والعينة قام الباحث باختيار المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة محل الدراسة أولاً ، وذلك على النحو :

١) **المستشفيات الجامعية بمحافظة القاهرة :** تم الاعتماد على بعض مستشفيات جامعة عين شمس وجامعة الأزهر ، حيث أعتمد الباحث على عدد المرضى المترددين لاختيار المستشفيات الجامعية محل الدراسة ، وذلك كما يلي :

١. **مستشفيات جامعة عين شمس :** وتضم مستشفى عين شمس ، مستشفى الدمرداش ، مستشفى الأطفال ، مستشفى النساء والتوليد ، مركز جراحة اليوم الواحد ، مركز علاج الأورام والطب النووي ، مركز الطب النفسي ، مركز علاج السموم ، وقد تم الاعتماد على مستشفى عين شمس الرئيسي ، ومستشفى الدمرداش فقط ، وذلك لاحتوائهم على ٦٠% من إجمالي المرضى المترددين على هذه المستشفيات (سجلات مركز معلومات مستشفيات جامعة عين شمس ، ٢٠٠٩) .

٢. **مستشفيات جامعة الأزهر :** وتضم مستشفى الحسين الجامعي ، مستشفى الزهراء الجامعي ، مستشفى باب الشعرية الجامعي ، وقد تم الاعتماد على مستشفى الحسين الجامعي فقط ، وذلك لاحتوائها على ٤٠% من إجمالي المرضى المترددين على هذه المستشفيات (سجلات مستشفيات جامعة الأزهر ، ٢٠٠٩) .

٢) **المستشفيات الخاصة بمحافظة القاهرة :** وتبلغ (٢٣٠) مستشفى ، تم اختيار (٣) مستشفيات فقط منها وهم : مستشفى المقاولون العرب ، والقاهرة التخصصي ، ومستشفى كليوباترا . لاحتوائهم على ٢٦% من إجمالي المرضى المترددين على هذه المستشفيات (سجلات مديرية الشئون الصحية بالقاهرة ، ٢٠٠٩ ، سجلات المرضى بالمستشفيات المذكورة ، ٢٠٠٩) .

بعد تحديد المستشفيات الجامعية والخاصة محل الدراسة بالقاهرة ، قام الباحث بتحديد مجتمع الدراسة والعينة ، حيث تحتوي هذه الدراسة على مجتمعين هما : مجتمع العاملين بالمستشفيات محل الدراسة ، ومجتمع عملاء هذه المستشفيات ، ويمكن تحديد حجم كل مجتمع من هذين المجتمعين وحجم العينة الخاصة بكل منهما على النحو التالي :

١) **المجتمع الأول :** ويشمل العاملين بالمستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة ، ويبلغ عددهم ٢٧٧٢٩ مفردة في كافة التخصصات موزعين كالأتي : ٧٢٤٩ مفردة بمستشفيات جامعة عين شمس ، ٦٤٢٠ مفردة بمستشفيات جامعة الأزهر ، ١٤٠٦٠ مفردة بمستشفيات القطاع الخاص (مديرية الشئون الصحية بالقاهرة ، ٢٠٠٩ ، مركز معلومات مستشفيات جامعة عين شمس ، ٢٠٠٩ ، إحصاءات العاملين بمستشفيات جامعة الأزهر) .

تم تحديد حجم العينة الخاصة بالعاملين من خلال الخطوتين التاليتين :

الخطوة الأولى : تحديد حجم العينة بدون أخذ مجتمع البحث في الاعتبار . ويتم ذلك باستخدام المعادلة التالية (*Som , 1996 :127*) :

$$n= \frac{t^2 P(1-P)}{d^2}$$

حيث أن :

n حجم العينة المطلوبة .

t عدد الوحدات المعيارية وهى ١,٩٦ لمستوى ثقة ٩٥% .

P نسبة عدد المفردات التي يتوافر فيها الخصائص موضوع البحث وهى ٥٠% .

d^2 حدود الخطأ وهى ٥% لمستوى ثقة ٩٥% .

وبالتعويض في هذه المعادلة :

حجم العينة المطلوبة =

$$\frac{(١,٩٦)^٢ \times ٠,٥٠ \times ٠,٥٠}{(٠,٠٥)^٢}$$ = ٣٨٥ مفردة.

الخطوة الثانية : تحديد حجم العينة بأخذ مجتمع البحث في الاعتبار وذلك باستخدام المعادلة التالية : (*Som , 1996*)

$$n/ = \frac{n}{1+n/N}$$

حيث أن :

$n/$ حجم العينة المطلوبة والمعدلة لحجم مجتمع البحث

n حجم العينة وغير المعدلة بحجم مجتمع البحث .

N حجم مجتمع البحث وهو جميع العاملين بالمستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة وعددهم ٢٧٧٢٩ .

وبالتالي فإن حجم العينة المطلوبة والمعدلة بحجم مجتمع البحث =

$$\frac{٣٨٥}{١+ (٢٧٧٢٩/٣٨٥)}$$ = ٣٨٠ مفردة.

وقد تم توزيع عينة البحث على المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة على أساس عدد العاملين في كل قطاع ، ويمكن توضيح ذلك في الجدول رقم (٢).

جدول رقم (٢)

توزيع عينة العاملين على المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة

نوع المستشفى	عدد العاملين	النسبة	حجم العينة	القوائم الصحيحة	نسبة الاستجابة
جامعي	١٣٦٦٩	٤٩%	١٨٦	١٤٥	٧٨%
خاص	١٤٠٦٠	٥١%	١٩٤	١٤١	٧٢%
الإجمالي	٢٧٧٢٩	١٠٠%	٣٨٠	٢٨٦	٧٥%

المصدر : أعده الباحث من واقع سجلات :

- مركز معلومات مستشفيات جامعة عين شمس ، **إحصاءات العاملين** ، ٢٠٠٩.
- مستشفيات جامعة الأزهر ، **إحصاءات العاملين** ، ٢٠٠٩ .
- مديرية الشئون الصحية بالقاهرة ، إحصاءات العاملين ، ٢٠٠٩ .

٢) **المجتمع الثاني :** ويشمل عملاء المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة . وتشير سجلات المستشفيات محل الدراسة إلى أن المتوسط الشهري للمرضى المترددين بلغ أكثر من (١٠٠ ألف مفردة) . وعند حجم مجتمع يزيد عن ١٠٠ ألف مفردة ، ومستوى معنوية ٠,٠٥ فإن حجم العينة يبلغ ٣٨٤ مفردة (محمود ، ١٩٩٦ : ٩٨) ، وقام الباحث بتوزيع حجم العينة على المستشفيات توزيعا متناسبا على مدار الشهر في ضوء الأعداد المتوقعة للمترددين التي تم حسابها

عن فترة سابقة . وحيث أن العملاء متوقعين فلا يوجد لهم إطار ، ولذلك تم الاعتماد على العينة المنتظمة ، وهى الأكثر مناسبة في هذه الحالة ، ويوضح الجدول رقم (٣) توزيع عينة العملاء على المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة .

جدول رقم (٣)

توزيع عينة العملاء على المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
جامعي	٧٢٢٨٠	%٧٢	٢٧٦	٢١١	%٧٦
خاص	٢٨٧٥٥	%٢٨	١٠٨	١٠٠	%٩٢
الإجمالي	١٠١٠٣٥	%١٠٠	٣٨٤		%٨١

المصدر : من واقع سجلات :

- مركز معلومات مستشفيات جامعة عين شمس ، إحصاءات المرضى ، ٢٠٠٩ .
- مستشفيات جامعة الأزهر ، إحصاءات المرضى ، ٢٠٠٩ .
- مديرية الشئون الصحية بالقاهرة ، إحصاءات المرضى ، ٢٠٠٩ .

(٣) أداة الدراسة وطريقة جمع البيانات :

أداة هذه الدراسة هي الاستقصاء ، وقد تم الاعتماد على قائمتي استقصاء وهما :

١) قائمة استقصاء لقياس جودة الخدمة الصحية:

تم الاعتماد على مقياس الأداء الفعلي SERVPERF . وتعكس عبارات هذا المقياس الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة وهي : الاعتمادية ، الأمان ، التعاطف ، الاستجابة ، الجوانب المادية الملموسة كما حددها (Cronin & Taylor, 1992) ، وتم تنمية المتغيرات الخاصة بكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية في ضوء الدراسات السابقة ذات الصلة ، بالإضافة إلى متغيرات أخرى تم تنميتها من خلال المقابلات الشخصية مع كل من مقدمي الخدمة والمستفيدين منها .

٢) قائمة استقصاء لقياس متغيرات أسلوب سيجما ستة :

تم الاعتماد على مقياس (Zu , 2005 ; Douglas et al , 2008) . وتعكس عبارات هذا المقياس المتغيرات التسعة لأسلوب سيجما ستة وهي : دعم الإدارة العليا ، التركيز على العملاء ، التركيز على العاملين ، التركيز على العمليات ، التركيز على الموردين ، التركيز على معلومات الجودة ، تصميم السلعة/الخدمة ، تنظيم إدارة الجودة ، التركيز على القياسات ، وتم تنمية أبعاد كل متغير من هذه المتغيرات في ضوء الدراسات السابقة ذات الصلة ، بالإضافة إلى أبعاد أخرى تم تنميتها من خلال المقابلات الشخصية مع بعض العاملين بالمستشفيات محل الدراسة . وقام الباحث باختبار ثبات وصدق المقياسين على النحو التالي :

١. اختبار الثبات

تم هذا الاختبار للتأكد من إمكانية الاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية في تعميم النتائج ، حيث تم الاعتماد على معامل الثبات ألفا لكرونباخ ، وذلك بالاعتماد على (٢٠) مفردة لكل قائمة ، وقد بلغ معامل إلفا لقائمة الاستقصاء الخاصة بقياس مستوى جودة الخدمة الصحية ٨٣% ، وقائمة الاستقصاء الخاصة بقياس متغيرات أسلوب سيجما ستة ٧٩% ، وهما قيمتان مقبولتان ، وبالتالي يمكن الاعتماد على القائمتين لقياس ما أعدتا من أجله .

٢. اختبار الصدق :

تم هذا الاختبار للتأكد من أن قائمتي الاستقصاء يقيسان ما وضعتا من أجل قياسه ، ولتحقيق ذلك قام الباحث بعرض قائمة الاستقصاء الخاصة بقياس مستوى جودة الخدمة الصحية على مجموعة من عملاء المستشفيات محل الدراسة ، وعرض قائمة الاستقصاء الخاصة بقياس متغيرات أسلوب سيجما ستة على مجموعة من العاملين بالمستشفيات محل الدراسة ، وذلك لاختبار مدى دقة وملائمة الألفاظ المستخدمة لمجتمع البحث ، وقد تم تعديل صياغة بعض العبارات وإضافة عبارات أخرى بما يتناسب مع الواقع العملي .

(٤) قياس متغيرات الدراسة :

قام الباحث بإعداد قائمتي استقصاء أحدهما للعاملين بالمستشفيات والأخرى للعملاء ، وذلك على النحو التالي :

١) قائمة الاستقصاء الخاصة بالعاملين :

احتوت على (٤٩) عبارة موزعة كالتالي : (٥) عبارات لقياس متغير دعم الإدارة العليا ، (٣) عبارات لقياس متغير التركيز على العملاء ، (٥) عبارات لقياس التركيز على الموردين ، (٦) عبارات لقياس متغير التركيز على العاملين ، (٤) عبارات لقياس متغير التركيز على معلومات الجودة ، (٣) عبارات لقياس متغير التركيز على تصميم الخدمة ، (٦) عبارات لقياس متغير التركيز على العمليات ، (٩) عبارة لقياس متغير تنظيم إدارة الجودة ، (٨) عبارة لقياس متغير التركيز على القياسات .

٢) قائمة الاستقصاء الخاصة بالعملاء :

احتوت على (٢٥) عبارة موزعة كالتالي : (١٠) عبارات لقياس متغير الجوانب المادية الملموسة ، (٥) عبارات لقياس متغير الاعتمادية ، (٤) عبارات لقياس متغير الاستجابة ، (٣) عبارات لقياس متغير الأمان ، (٣) عبارات لقياس متغير التعاطف

سابعاً : التحليل الإحصائي المستخدم :

تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS ، وتتمثل هذه الأساليب في :

(١) استخدام اختبار " ت " T-Teast لدراسة :

أ- معنوية الفروق في إدراك العملاء لمستوى جودة الخدمة الصحية ، وأبعادها المختلفة.

ب- معنوية الفروق في إدراك العاملين لمتغيرات أسلوب سيجما ستة .

(٢) معامل ارتباط بيرسون: لتحديد مدى وجود ارتباط بين متغيرات أسلوب سيجما ستة ومستوى جودة الخدمة الصحية .

(٣) تحليل الانحدار والارتباط المتعدد لتحديد نوع العلاقة بين متغيرات أسلوب سيجما ستة ومستوى جودة الخدمة الصحية ، وتحديد نسبة التباين التي

يمكن تفسيرها في مستوى جودة الخدمة الصحية بواسطة متغيرات أسلوب سيجما ستة .

(٤) الانحراف المعياري لمعرفة مدى تشتت إجابات مفردات عينتي الدراسة عن المتوسط العام للإجابات .

(٥) المتوسط الحسابي لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض إجابات مفردات الدراسة عن الأبعاد الرئيسة للدراسة ، حيث تم الحكم على ارتفاع أو انخفاض إجابات مفردات الدراسة عن الأبعاد الرئيسية من خلال حساب المدى لخلايا مقياس ليكرت الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم في قياس أبعاد الدراسة (٥-١=٤) ، ثم قسمة المدى على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح أي (٤/٥= ٠,٨٠) ، بعد ذلك تم إضافة هذه القيم إلى اقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهى الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية ، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي :

١) من ١ إلى ١,٨٠ يمثل (غير موافق تماماً – سيئ) .

٢) من ١,٨١الى ٢,٦٠ يمثل (غير موافق – ضعيف) .

٣) من ٢,٦١ وحتى ٣,٤٠ يمثل (محايد – متوسط) .

٤) من ٣,٤١ وحتى ٤,٢٠ يمثل (موافق – جيد) .

٥) من ٤,٢١ وحتى ٥ يمثل (موافق تماماً – ممتاز) .

ثامناً : تحليل ومناقشة النتائج واختبار الفروض :

ويتم تقسيمها إلى أربعة عناصر ، كل واحد منها يغطي أحد فروض الدراسة وبنفس الترتيب كما يلي :

أولاً : اختبار مدي صحة الفرض الأول من فروض الدراسة :

ينص هذه الفرض علي أنه : " توجد فروق معنوية بين عملاء المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة في إدراك كل منهما لمستوى جودة الخدمة الصحية " .

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" للكشف عن معنوية الفروق في إدراك العملاء لمستوى جودة الخدمة الصحية ، وأبعادها المختلفة . ويوضح الجدول رقم (٤) نتيجة الاختبار ، حيث يمكن استخلاص النتائج التالية من هذا الجدول :

(١) أن إدراك جودة الخدمة الصحية يختلف باختلاف عملاء المستشفيات (جامعية – خاصة) ، فهناك اختلاف معنوي في كافة أبعاد جودة الخدمة لصالح عملاء المستشفيات الخاصة .

(٢) يسجل بعد الاستجابة أعلى فروق معنوية في إدراك جودة الخدمة الصحية بين عملاء المستشفيات الجامعية والخاصة ، حيث بلغت قيمة "ت" ١٤,٨٥ ، وهذا يعني وجود نقص واضح في هذا البعد بالنسبة للمستشفيات الجامعية مقارنتاً بالمستشفيات الخاصة ، في حين يسجل بعد الجوانب المادية الملموسة أقل فروق معنوية في إدراك جودة الخدمة الصحية بين عملاء المستشفيات الجامعية ، حيث بلغت قيمة "ت" ٩,٩٥ .

(٣) أن عملاء المستشفيات الجامعية محل الدراسة محايدون على مستوى الجودة الكلية للخدمة

الصحية بمتوسط (٢,٧٨) ، وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (من ٢,٦١ إلى ٣,٤٠) ، وهى الفئة التي تشير إلى خيار محايد على أداة الدراسة ، وهذا يعنى أن مستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية في المستشفيات الجامعية محل الدراسة متوسط ، في حين أن عملاء المستشفيات الخاصة محل الدراسة موافقون على مستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية بمتوسط (٤,١١) ، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (من ٣,٤١ إلى ٤,٢٠) ، وهى الفئة التي تشير إلى خيار موافق على أداة الدراسة ، وهذا يعنى أن مستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة محل الدراسة جيدة .

(٤) أن قيم درجات الانحراف المعياري لدى عملاء المستشفيات الجامعية والخاصة هي على التوالي ٠,٧٩ ، ٠,٦٠ ، وهي قيم تشير إلى أن درجات تشتت موافقة مفردات عينة الدراسة عن المتوسطات العامة للاستجابات نحو مستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية ضعيفة ، مما يعني أن قوة درجة الموافقة مرتفعة لدى جميع مفردات عينة الدراسة على أن مستوى جودة الخدمة الصحية متوسط في المستشفيات الجامعية ، وجيد في المستشفيات الخاصة .

جدول رقم (٤)

متوسط إدراك العملاء لمستوى جودة الخدمة الصحية والانحراف المعياري بالمستشفيات الجامعية والخاصة

[illegible]	المستشفيات الجامعية		المستشفيات الخاصة		قيمة (ت)
	المتوسط (ن = [illegible])	الانحراف المعياري	المتوسط (ن = [illegible])	الانحراف المعياري	
الجوانب المادية الملموسة	٣,١٨	٠,٨٢	٤,٠٩	٠,٥٩	٩,٩٥
الاعتمادية	٢,٤١	٠,٧١	٤,١٣	٠,٦٤	١٤,٣٥
الاستجابة	٢,٤٥	٠,٨٩	٤,١٢	٠,٦١	١٤,٨٥
الأمان	٢,٨٤	٠,٨٥	٤,١٥	٠,٦١	١٣,٨٨
التعاطف	٢,٤٢	٠,٦٩	٤,٠٩	٠,٥٦	١٤,٨٠
مستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية	٢,٧٨	[illegible]	٤,١١	٠,٦٠	١٣,٧٨

المصدر : أعده الباحث من واقع نتائج لختبار *T-Test* لمعنوية الفروق في مستوى جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات الجامعية والخاصة محل الدراسة .

(٥) وجود فروق معنوية بين المستشفيات الجامعية والخاصة فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمة الصحية ، وذلك لصالح المستشفيات الخاصة محل الدراسة ، حيث أن قيمة (ت = ١٣,٧٨) وهى معنوية عند ٠,٠١ . وبناء على هذه النتائج يتم قبول الفرض الأول من فروض الدراسة ، والذي يقضي بوجود فروق معنوية بين عملاء

المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة في إدراك كل منهما لمستوى جودة الخدمة الصحية .

ثانياً : اختبار مدي صحة الفرض الثاني من فروض الدراسة :

ينص هذا الفرض علي أنه " توجد فروق معنوية بين العاملين بالمستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة في إدراك كل منهما لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة ".

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" للكشف عن معنوية الفروق في إدراك العاملين لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة. ويوضح الجدول رقم (٥) نتيجة الاختبار.

جدول رقم (٥)

متوسط إدراك العاملين لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة والانحراف المعياري بالمستشفيات الجامعية والخاصة .

متغيرات أسلوب سيجما ستة	المستشفيات الجامعية		المستشفيات الخاصة		قيمة (ت)
	المتوسط (ن = ١٤٥)	الانحراف المعياري	المتوسط (ن = ١٤١)	الانحراف المعياري	[illegible]
دعم الإدارة العليا	٣,٧٢	٠,٨٢	٤,٦٨	٠,٣١	١٢,٩٠
التركيز على العملاء	٢,٨٨	٠,٩٣	٤,٦٢	٠,٣٩	٢٠,٢٤
التركيز على الموردين	٢,٣٨	٠,٨٤	٤,٠٣	٠,٦٩	١٧,٨٨
التركيز على العاملين	٢,٦٢	٠,٩٣	٤,٤٨	٠,٣٥	٢٢,٢٢
التركيز على معلومات الجودة	٢,٦٠	٠,٨٠	٤,٤٢	٠,٤٣	٢٣,٧٣
التركيز على تصميم الخدمة	٢,٤٧	٠,٩٠	٤,٤٥	٠,٥٠	٢٢,٨١
التركيز على عمليات أداء الخدمة .	٢,٣٤	٠,٧١	٤,٤٠	٠,٤٣	٢٩,٥٥
تنظيم إدارة الجودة	٢,٣٧	٠,٦٧	٤,١٤	٠,٤٩	٢٥,١٢
التركيز على القياسات	٢,٣٢	٠,٨٠	٤,٠٩	٠,٤٧	٢٢,٤٠
درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة محل الحالي	٢,٦٤	٠,٦٥	٤,٣٧	٠,٣١	٢٨,٤٤

المصدر : أعده الباحث من واقع نتائج لختبار *T-Test* لمعنوية الفروق في درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة بين المستشفيات الجامعية والخاصة محل الدراسة .

ويمكن استخلاص النتائج التالية من الجدول رقم (٥):

(١) أن إدراك درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة يختلف باختلاف العاملين بالمستشفيات (جامعية – خاصة) ، فهناك اختلاف معنوي في كافة متغيرات أسلوب سيجما ستة لصالح المستشفيات الخاصة .

(٢) يسجل بعد التركيز على عمليات أداء الخدمة أعلى فروق معنوية في إدراك درجة تطبيق أسلوب سيجما ستة بين العاملين بالمستشفيات الجامعية

والخاصة ، حيث بلغت قيمة "ت" ٢٩,٥٥ ، وهذا يعني وجود نقص واضح في هذا المتغير بالنسبة للمستشفيات الجامعية مقارنتاً بالمستشفيات الخاصة ، في حين يسجل متغير دعم الإدارة العليا أقل فروق معنوية في إدراك درجة تطبيق أسلوب سيجما ستة بين العاملين بالمستشفيات الجامعية والخاصة ، حيث بلغت قيمة "ت" ١٢,٩٠ .

(٣) أن العاملين بالمستشفيات الجامعية محل الدراسة محايدون على درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة بمتوسط (٢,٦٤) ، وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (من ٢,٦١ إلى ٣,٤٠) ، وهى الفئة التي تشير إلى خيار محايد على أداة الدراسة ، وهذا يعني أن درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة بالمستشفيات الجامعية محل الدراسة متوسطة ، في حين أن العاملين بالمستشفيات الخاصة محل الدراسة موافقون بشدة على درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة بمتوسط (٤,٣٧) ، وهو متوسط يقع في الفئة الخامسة من فئات مقياس ليكرت الخماسي (من ٤,٢١ إلى ٥) ، وهذا يعنى أن درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة بالمستشفيات الخاصة محل الدراسة ممتازة

(٤) قيم درجات الانحراف المعياري لدى العاملين بالمستشفيات الجامعية والخاصة هي على التوالي ٠,٦٥ ، ٠,٣١ ، وهي قيم تشير إلى أن درجات تشتت موافقة مفردات عينة الدراسة عن المتوسطات العامة للاستجابات نحو درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة بشكل إجمالي ضعيفة ، مما يعني أن قوة درجة الموافقة مرتفعة لدى جميع مفردات عينة الدراسة على أن درجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة بشكل إجمالي متوسط في المستشفيات الجامعية ، وممتازة في المستشفيات الخاصة .

(٥) وجود فروق معنوية بين العاملين بالمستشفيات الجامعية والخاصة فيما يتعلق بادراك كل منهما لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة ، وذلك لصالح المستشفيات الخاصة محل الدراسة ، حيث أن قيمة (ت = ٢٨,٤٤) وهى معنوية عند ٠,٠١ . وبناء على هذه النتائج يتم **قبول الفرض الثاني من فروض الدراسة** ، والذي ينص على أنه: " توجد فروق معنوية بين العاملين بالمستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة في إدراك كل منهما لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة " .

ثالثاً: اختبار مدي صحة الفرض الثالث من فروض الدراسة :

خصص الباحث هذا الجزء لاختبار مدي صحة الفرض الثالث من فروض الدراسة ، والذي ينص علي وجود تأثير معنوي لمتغيرات أسلوب سيجما ستة(دعم الإدارة العليا ، التركيز على العملاء ، التركيز على الموردين ، التركيز على العاملين ، التركيز على معلومات الجودة ، التركيز على تصميم الخدمة الصحية، التركيز على عمليات أداء الخدمة الصحية ، تنظيم إدارة الجودة ، التركيز على القياسات) على مستوى جودة الخدمة الصحية . ولاختبار هذا الفرض، تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد، ومعامل ارتباط بيرسون، ويمكن توضيح ذلك في الجدول رقم(٦) .

جدول رقم (٦)

نتائج تحليل الانحدار والارتباط المتعدد لتأثير متغيرات أسلوب سيجما ستة على مستوى جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الجامعية والخاصة كلاً على حده ومعامل ارتباط بيرسون بين متغيرات أسلوب سيجما سنة وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الجامعية والخاصة بشكل إجمالي

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	المستشفيات الجامعية			المستشفيات الخاصة			معامل ارتباط بيرسون
		بيتا	(ت)	R^2	بيتا	(ت)	R^2	
مستوى جودة الخدمة الصحية	دعم الإدارة العليا	٠,٧٢	٨,٢٢	%٣٢	٠,٨٥	٦,٥٠	%٣٠	٠,٧٢
	التركيز على العملاء	٠,٥٣	٥,٧٣	%١٣	٠,٤٦	٣,٠٣	%٦	٠,٧٩
	التركيز على الموردين	٠,٣٦	٣,٥٦	%٤	٠,١٧	٢,٩٧	%٥	٠,٧١
	التركيز على العاملين	٠,٥٩	٦,٣٤	%١٢	٠,٦٨	٦,٤٣	%١٨	٠,٨٤
	التركيز على معلومات الجودة	٠,٢٥	٢,٧٢	%٢	٠,٢٤	٢,٩٥	%٤	٠,٧٧
	التركيز على تصميم الخدمة	٠,٢٤	٢,٦٧	%٢	٠,٢٦	٣,٢٨	%٤	٠,٧٠
	التركيز على العمليات	٠,٢٤	٢,١٦	%١	٠,٣٣	٣,٧٢	%٤	٠,٧٨
	تنظيم إدارة الجودة	٠,٤٣	٣,٧٧	%٣	٠,٣٤	٤,١٥	%٥	٠,٨١
	التركيز على القياسات	٠,٤٤	٤,٧٢	%٤	٠,٦٠	٢,٨٢	%٢	٠,٨٥
درجة الارتباط البسيط بين متغيرات أسلوب سيجما ستة وجودة الخدمة الصحية بالمستشفيات الجامعية والخاصة								٠,٨٧
معامل الارتباط المتعدد بالمستشفيات الجامعية = ٨٥,٦%					معامل الارتباط المتعدد بالمستشفيات الخاصة = ٨٨,٥%			
معامل التحديد المتعدد بالمستشفيات الجامعية = ٧٣%					معامل التحديد المتعدد بالمستشفيات الخاصة = ٧٨%			

المصدر : أعده الباحث من واقع نتائج تحليل الانحدار والارتباط المتعدد .

ويلاحظ من الجدول رقم(٦) ما يلي :

(١) أن متغيرات أسلوب سيجما ستة التسع مجتمعة ترتبط معنوياً بجودة الخدمة الصحية بمعامل ارتباط متعدد قوي يبلغ ٨٥,٦% ، ٨٨,٥% بالمستشفيات الجامعية والخاصة على التوالي ، وهو معنوي عند مستوى ٠,٠١ ، كما تشير النتائج إلى أن كل متغير من متغيرات أسلوب سيجما ستة (دعم الإدارة العليا ، التركيز على العملاء ، التركيز على الموردين ، التركيز على العاملين ، التركيز على معلومات الجودة ، التركيز على تصميم السلعة/الخدمة ، التركيز على العمليات ، تنظيم إدارة الجودة ، التركيز على القياسات) له علاقة ارتباط بسيط معنوي عند مستوى ٠,٠١ بجودة الخدمة الصحية .

(٢) أن جميع معاملات الانحدار " بيتا " لمتغيرات أسلوب سيجما ستة موجبة ، ومعنوية عند مستوى ٠,٠١، وتشير إشارة معامل الانحدار الموجبة إلى أن العلاقة بين متغيرات أسلوب سيجما ستة ومستوى جودة الخدمة الصحية علاقة طردية ، بمعنى أن زيادة كل متغير من متغيرات أسلوب سيجما ستة يؤدى إلى زيادة مستوى جودة الخدمة الصحية .

(٣) أن جميع قيم " ت " بالمستشفيات الجامعية والخاصة موجبة وهي معنوية عند مستوى ٠,٠١ ، أي أنه يوجد ارتباط ايجابي ذات دلالة إحصائية بين جميع متغيرات أسلوب سيجما ستة ومستوى جودة الخدمة الصحية .

(٤) أن جميع متغيرات أسلوب سيجما ستة وفقاً لمعامل التحديد المتعدد تفسر مجتمعة ٧٣% ، ٧٨% بالمستشفيات الجامعية والخاصة على التوالي من التباين في جودة الخدمة الصحية .

(٥) تشير قيم معاملات التحديد لمتغيرات أسلوب سيجما ستة إلى الأهمية النسبية لكل منها في تفسير التباين في جودة الخدمة الصحية ، ويتبين منها أمتغير دعم الإدارة العليا يمثل أكثر المتغيرات أهمية في تفسير التباين في جودة الخدمة الصحية سواء بالمستشفيات الجامعية أو الخاصة ، حيث أنه يفسر بمفرده ٣٢% ، ٣٠% بالمستشفيات الجامعية والخاصة على التوالي من التباين في جودة الخدمة الصحية ، كما أن إضافة باقي متغيرات أسلوب سيجما ستة قد ساهم في ارتفاع النسبة المفسرة من التباين إلى ٧٣% ، ٧٨% بالمستشفيات الجمعية والخاصة على التوالي ، والنسبة المتمة تشير إلى التباين يـر المفسر الذي يرجع إلى متغيرات أخرى لم يرد ذكرها ضمن متغيرات أسلوب سيجما ستة .

وهذه النتائج توضح أن المستوى العالي لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة يحقق مستوى عال لجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى .

وبناء على النتائج السابقة التي توصلت إلى وجود تأثير معنوي لمتغيرات أسلوب سيجما ستة على جودة الخدمة الصحية ، وأن المستوى العالي لهذه المتغيرات يرتبط معنوياً بوجود مستوى عال من جودة الخدمة الصحية **يتم قبول الفرض الثالث** للدراسة .

تاسعاً : ملخص لأهم النتائج والتوصيات :

توصل الباحث إلى عدة نتائج مهمة يمكن إبرازها فيما يلي :

(١) إثبات صحة **الفرض الأول** من فروض الدراسة ، والذي يقضى بوجود فروق معنوية بين عملاء المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة في إدراك كل منهما لجودة الخدمة الصحية. فقد تبين أن إدراك عملاء المستشفيات الخاصة محل الدراسة لجودة الخدمة الصحية أكبر من إدراك عملاء المستشفيات الجامعية محل الدراسة . حيث كان إدراك عملاء المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة لجودة الخدمة الصحية ٢,٧٨ ، ٤,١١ على التوالي .

(٢) إثبات صحة **الفرض الثاني** من فروض الدراسة ، والذي يقضى بوجود فروق معنوية بين العاملين بالمستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة في إدراك كل منهما لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة ، حيث تبين أن إدراك العاملين بالمستشفيات الخاصة محل الدراسة لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة أكبر من إدراك العاملين بالمستشفيات الجامعية محل الدراسة لدرجة تطبيق هذه المتغيرات ، حيث كان إدراك العاملين بالمستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة لدرجة تطبيق متغيرات أسلوب سيجما ستة ٢,٦٤ ، ٤,٣٧ على التوالي .

(٣) إثبات صحة **الفرض الثالث** من فروض الدراسة ، والذي يقضى بوجود تأثير معنوي لمتغيرات

أسلوب سيجما ستة(دعم الإدارة العليا ، التركيز على العملاء ، التركيز على الموردين ، التركيز على العاملين ، التركيز على معلومات الجودة ، التركيز على تصميم السلعة/الخدمة ، التركيز على العمليات ، تنظيم إدارة الجودة ، التركيز على القياسات) على مستوى جودة الخدمة الصحية . فقد تبين وجود علاقة موجبة وداله إحصائيا بين متغيرات أسلوب سيجما ستة التسعة وجودة الخدمة الصحية ، حيث تفسر هذه المتغيرات ٧٣% ،٧٨% من التباين في جودة الخدمة الصحية بالمستشفيات الجامعية والخاصة على التوالي . كذلك تبين وجود علاقة ارتباط قوية (٠,٨٧) بين متغيرات أسلوب سيجما ستة مجتمعة وجودة الخدمة الصحية .

وبناء على النتائج السابقة يمكن تقدير أهم التوصيات التالية :

١) الدعم الكافي من قبل الإدارة العليا لأسلوب سيجما ستة ، إذ يتطلب التطبيق الناجح لهذا الأسلوب أن تكون الإدارة العليا أكثر رغبة وقدرة في متطلبات التحول من الأنظمة التقليدية إلى الأنظمة الحديثة.

٢) الاهتمام بالعملاء ، وذلك من خلال تحسين الخدمة الصحية التي تشبع احتياجاتهم ورغباتهم ، مما يلزم المنظمات الصحية فهم كيفية قياس العملاء للجودة وتقديم خدمة صحية تفي بتوقعاتهم

٣) الاهتمام والعناية بالموارد البشرية ، وذلك من خلال وضع السياسات والنظم المناسبة والخاصة بالاختيار والتعيين والتدريب والتحفيز .

٤) الاهتمام بالموردين ، وذلك من خلال تدريب الموردين الرئيسين على أسلوب سيجما ستة ، مما يجعلهم يدركون أن المنظمة تقيس أداء منتجاتهم ويبدعون في علاج مشاكلهم بأنفسهم

٥) التركيز على تصميم الخدمة الصحية ، وذلك للتأكد من مدى مقابلتها لتوقعات العملاء وبالتكلفة الفعالة ، بالإضافة إلى توفير أدوات واستخدامات تساعد فرق العمل على عمليات تحسين الخدمة الصحية بكفاءة وفعالية .

٦) التركيز على عمليات أداء الخدمة الصحية ، وذلك من خلال التعرف على احتياجات وتوقعات العملاء والعمل على استمرارية التحسين للعمليات بما يتواءم مع هذه الاحتياجات والتوقعات ، وذلك من أجل استمرارية الاحتفاظ برضا العملاء .

٧) التركيز على معلومات الجودة (الإدارة بالبيانات والحقائق) ، وذلك من خلال وجود جهاز كفء لنظم المعلومات بالمنظمة يقوم على توفير قواعد البيانات الرقمية والإحصائية في مختلف المجالات والأنشطة وتحليلها ، للاستخلاص نتائج أو معلومات يمكن الاعتماد عليها في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بالتحسين المستمر .

٨) التأكيد على استخدام مقاييس متعددة وفعالة لإدارة أنشطة تحسين الجودة داخل المنظمة ، وذلك من أجل تقييم أداء الجودة .

٩) تنظيم إدارة الجودة ، وذلك من خلال وجود خطوات منظمة لإجراء عملية التحسين مثل (التعريف – القياس – التحليل – التحسين – الرقابة) ، بالإضافة إلى وجود فريق ذات دور منظم لإجراء عملية التحسين وذلك لتطوير وإدارة العاملين من أجل تحقيق الكفاءة والفعالية لإدارة الجودة .

١٠) وبالإضافة لمـا سـبق يقـدم الباحـث بعـض التوصيات العامة التالية ، وهي مرتبطة بعوامـل تحسين جودة الخدمة في المستشفيات:

١. تقديم المعرفة بأسلوب سيجما ستة لجميع العاملين بالمنظمات الصحية المصرية عموماً وذلك من خلال عقد ندوات مستمرة أو إعداد برامج تدريبه رفيعة المستوى .

٢. الاهتمام بتغيير وتطوير ثقافة القيادات العليا في المنظمات الصحية المصرية نحو تطبيق هذا الأسلوب ، وتعريفهم بفلسفة هذا الأسلوب وإطاره الفكري ومتطلبات تطبيقه وشروط ودعائم نجاحه ، ومشكلات التطبيق وذلك بهدف إكسابهم الثقة بالنفس وعدم الخوف من التغيير الذي قد يتطلبه تطبيق هذا الأسلوب الجديد والتوصل إلى قناعتهم الكاملة به وبما يحققه من مزايا وصولاً إلى حالة الالتزام الكامل والتأييد القوى من جانب هذه القيادات نحو تطبيق هذا الأسلوب وتهيئة الظروف البيئية الملائمة لنجاح هذا التطبيق .

٣. ضرورة التخلي عن الثقافة الإدارية والتنظيمية التقليدية التي تسود المنظمات الصحية المصرية ، والسعي نحو غرس ثقافة جديدة تناسب تطبيق أسلوب سيجما ستة ، ولن يتأتى ذلك إلا من خلال تشجيع الابتكار وإعطاء مزيد من الحرية لطرح الأفكار وعرض المقترحات التي تعمل التحسين المستمر في كل النواحي داخل هذه المنظمات .

٤. أن تعمل الدولة على حل المشكلات الخاصة بجمود اللوائح والقوانين والتشريعات المطبقة في مختلف المنظمات الصحية المصرية ، والتي تحد من حريات القيادات بهذه المنظمات نحو اتخاذ القرارات التي تساعد على التطبيق الناجح لأسلوب سيجما ستة وتقف حائلاً قوياً أمام تلك المنظمات نحو التطوير والتجديد وتحقيق الإصلاح المنشود .

٥. أن تقوم الدولة بتوفير الموارد المالية الكافية لتطوير الأدوات والأجهزة الطبية وتحديث المعامل وأجهزة الأشعة وغيرها .

٦. يجب أن يكون لدى كل مستشفى وحدة تنظيمية مستقلة (إدارة الجودة) تضم مجموعة من الخبرات القادرة والمتخصصة في إدارة الجودة ، وأن تتولي هذه الوحدة مسئولية العمل على تنسيق أمور تحسين الجودة ومراقبة مدى الالتزام بمعايير الجودة وكذلك قياس مدى التقدم نحو تطبيق المفهوم الشامل للجودة .

عاشراً : مقترحات لبحوث مستقبلية :

يقترح الباحث بعض الأفكار العلمية والتطبيقية التي يمكن أن تكون مجالاً لإعداد بحوث مستقبلية في هذا الصدد ، وهي :

١) استخدام أسلوب سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة في منظمات خدمية أخرى مثل : البنوك – المؤسسات التعليمية – المطاعم .

٢) تأثير أسلوب سيجما ستة على أداء المنظمات المصرية من خلال مدخل DMAIC .

٣) علاقة أسلوب سيجما ستة بالربحية في المنظمات المصرية

المراجــــع

أولاً المراجع العربية :

(١) د. أحمد عبد الكريم عبد الرحمن (٢٠٠٠) ، " قياس جودة الخدمة في المنظمــات الحكوميــة بــالتطبيق علــى الخدمات الصحية بالمستشفيات الجامعية " ، **مجلة البحوث التجارية المعاصرة** ، المجلد (١٤) ، العدد الأول ، (جامعة جنوب الوادي : كلية التجارة بسوهاج) ص ص ٢١٣-٢٥٩.

(٢) بيت باند ، لاري هولب (٢٠٠٥) ، **السيكس سيجما : رؤية متقدمة في إدارة الجودة** ، ترجمة د. أسامة أحمــد مسلم ، (الرياض : دار المريخ) .

(٣) د. ثابت عبد الرحمن إدريس(١٩٩٦) ، "قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات : دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت " ، **المجلة العربية للعلوم الإدارية** ، المجلـد (٤) ، العدد الأول ، (الكويت) ص ص ٩-٤١.

(٤) د. ياسر العدوان (١٩٩٨) ،" أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيدين من خدمات المراكــز الــصحية فــي محافظات إقليم الشمال في الأردن " ، **المجلة العلمية لكلية الإدارة والاقتصاد** ، العدد التاسع ، (جامعة قطــر : كلية الإدارة والاقتصاد) ص ص ١٦٨-١٩٧ .

(٥) د. يسرى السيد يوسف جودة (٢٠٠٦) ، " مبادئ إدارة الجودة الشاملة – مدخل لتحسين جــودة أداء الخــدمات الصحية : دراسة تطبيقية على بعض المستشفيات الحكومية بمديرية الشئون الصحية بمحافظة الشرقية " ، **مجلة البحوث التجارية** ، العدد الأول ، المجلد الرابع والعشرون ، (جامعة الزقازيق : كليــة التجــارة) ص ٣٧٥-٥٢٥ .

(٦) د. خالد سعد بن سعيد (١٩٩٤) ، مدى فاعلية برامج الجودة النوعية بمستــشفيات وزارة الــصحة الــسعودية ، **المجلة العربية للعلوم الإدارية** ، المجلد (٢) ، العدد الأول ، (الكويت) ص ص ٣-٢١

(٧) د. سعيد شعبان حامد (٢٠٠٣) ، " أثر التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية علــى مــستوى جــودة الخدمة الصحية بالمستشفيات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي بالقاهرة الكبرى " ، **مجلة المحاسـبة والإدارة والتأمين** ، العدد الستون ، (جامعة القاهرة : كلية التجارة) ص ص ٩٣-١٥٣.

(٨) د. شيرين حامد محمد أبوردة (٢٠٠٧) ، " نموذج مقترح لقياس جودة الخــدمات التعليميــة : بــالتطبيق علــى مؤسسات التعليم العالي في مصر" ، **المجلة المصرية للدراسات التجارية** ، المجلـد (٣١) ، العـدد الأول ، (جامعة المنصورة : كلية التجارة) ص ص ٢٧٧-٣٢٣ .

(٩) د. صفاء أحمد الشربيني (٢٠٠٦) ، " مدى إدراك المسئولين لأبعاد جــودة الخدمــة الــصحية وأثــرة علــى الممارسات الإدارية : دراسة تطبيقية " ، **المجلة المصرية للدراسات التجارية** ، المجلد (٣٠) ، العـدد الأول ، (جامعة المنصورة : كلية التجارة) ص ص ٢٥٩- ٢٩٨.

(١٠)د.طارق عبد العظيم يوسف الرشيدي(٢٠٠٦) ، " التكامل بين بطاقة الأداء المتوازن وسيجما ستة كمنطلق لتقويم الأداء في شركات توليد الطاقة الكهربائية " ، **المجلة المصرية للدراسات التجارية** ، المجلد (٣٠) ، العدد الثاني ، (جامعة المنصورة : كلية التجارة) ص ص ٢٨٣-٣٣٣.

(١١)د. عبد الله أمين جماعة (١٩٩٨) ، المتغيرات المؤثرة على إدراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وأثارها التسويقية : دراسة ميدانية بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة ، **مجلة الدراسات والبحوث التجارية** ، المجلد (١٨) ، العد الأول ، (جامعة الزقازيق : كلية التجارة ببنها) ص ص ٢٣٢ – ٢٧٢ .

(١٢)عبد العزيز بن حبيب الله بن نياز (١٤٢٥هـ) ، **جودة الرعاية الصحية : الأسس النظرية والتطبيق العلمي** ، (الرياض : مكتبة الملك فهد الوطنية) .

(١٣)د. عوض خلف العنزي (٢٠٠٥) ، **إدارة جودة الخدمات العامة** ، (الكويت : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع) .

(١٤)د.محمد أحمد دسوقي منصور (٢٠٠٤) ، "إطار مقترح لاستخدام تحليل أسباب الفشل وتحليل الأثر FMEA من خلال منهج six sigma لترشيد تكاليف الجودة " ، **مجلة الدراسات المالية و التجارية** ،العدد الأول ، (جامعة القاهرة : كلية التجارة فرع بني سويف) ص ص : ٥٠٩-٥٧٢.

(١٥)د. محسن بن نايف العتيبي (٢٠٠٧) ، **إستراتيجية نظام الجودة في التعليم** ، الطبعة الأولى ، (الرياض ، مكتبة الملك فهد الوطنية) .

(١٦)د. محمد الصيرفي (٢٠٠٥) ، **الإدارة الصناعية** ، الطبعة الأولى ، (الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع) .

(١٧)د. محمود صادق بازرعة (١٩٩٦) ، **بحوث التسويق للتخطيط والرقابة واتخاذ القرارات التسويقية** ، (الرياض : مكتبة العبيكان) .

(١٨)د. منى إبراهيم دكروري محمد (٢٠٠٧) ، استخدام منهجية سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة المصرفية في البنوك التجارية العامة في مصر ، **مجلة التجارة والتمويل** ، المجلد (٢) ، العدد الأول ، (جامعة طنطا : كلية التجارة) ص ص ١-٣٦.

(١٩)د. ناهد محمد مطاريد (١٩٩٩) ، " تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمستشفيات الاستثمارية بمنطقة المعادى " ، **المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة** ، العدد الثالث ، (جامعة عين شمس : كلية التجارة) ص ص ١٢٧-١٨٩.

(٢٠)د. نهال أحمد الجندي (٢٠٠٦) ، " مدخل تكاملي للتحسين المستمر والتوازن بين التكلفة والجودة والكفاءة " ، **مؤتمر إعادة هيكلة الاقتصاديات العربية في ظل التحديات المعاصرة** ، (القاهرة : دار البنك الأهلي المصري) ص ص ٣-٣٩

(٢١)د. وفقي السيد الإمام(٢٠٠٣) ، " محددات جودة الخدمة الصحية وأثرها على رضا العملاء في المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الدقهلية " ، **المجلة المصرية للدراسات التجارية** ، المجلد (٢٧)، العدد الرابع ، (جامعة المنصورة : كلية التجارة) ص ص ١-٣٦ .

(٢٢)محافظة القاهرة ، مديرية الشئون الصحية ، **سجلات للمرضى** ، (أكتوبر ، ٢٠٠٩) .

(٢٣)محافظة القاهرة ، مديرية الشئون الصحية ، سجلات العاملين بالمستشفيات ، (أكتوبر ، ٢٠٠٩)
(٢٤)مركز معلومات مستشفيات جامعة عين شمس ، إحصاءات المرضى ، (أكتوبر ، ٢٠٠٩) .
(٢٥)مركز معلومات جامعة عين شمس ، إحصاءات العاملين بالمستشفيات ، (أكتوبر ، ٢٠٠٩ .
(٢٦)مستشفيات جامعة الأزهر ، إحصاءات المرضى ، (أكتوبر ، ٢٠٠٩) .
(٢٧)مستشفيات جامعة الأزهر ، إحصاءات العاملين بالمستشفيات ، (أكتوبر ، ٢٠٠٩) .

ثانياً : المراجع الانجليزية :

(1) Andersson , Roy , Eriksson , Henrik , and , Torstensson , Hakan (2006) , " Similarities and differences between TQM , six sigma and lean " , **the TQM magazine** , 18(3) , 282-296

(2) Antony , Jiju , and Banuelas , Ricardo(2002) ,"Key Ingredients for the Effective Implementation of Six Sigma program" , **Measuring Business Excellence** , 6(4), 20-27.

(3) Ayeni , Flora O.(2003) , "An Empirical Study of the Impact of Six Sigma Methodology on Organizational on Financial Performance in the U.S" , **PhD Dissertation , Submitted to Regent University , School of Leadership Studies**

(4) Bandyopadhyay , Jayanta K. , and Lawrence O, Jenicke (2007) , " Six Sigma A ,roach to Quality Assurance in Global Supply Chains: A Study of United states Automakers " , **International Journal of Management** , 24(1) , 101-108

(5) Brady, Michael K and Cronin , J. Joseph (2001) , " Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical Approach " , **Journal of Marketing** , 63(3), 34-49.

(6) Caro , L Martinez , and Garcia , JA Martinez (2007) , " Measuring perceived service quality in urgent transport service" ; **Journal of Retailing and Consumer Services** , Vol(14) , 60-72.

(7) Carman , James M.(1990) , " Consumer Perceptions of Service Quality An Assessment of the SERVQUAL Dimension " , **Journal of Retailing** , 66(1) , 33-55.

(8) Cronin , J. Joseph , and Taylor, Steven A.(1992) ," Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension" , **Journal of Marketing** , 56(3) , 55-68.

(9) Cheng , Jung-Lang (2007) , ." Six Sigma and TQM in Taiwan: An Empirical Study", **The Quality Management Journal** , 14 (2) , 7-12

(10) Dabholker , Prathiba , C . David Shepherd , and Dayle I . Thorpe (2000) , " A comprehensive framework for Service Quality : An Investigation of Critical Conceptual and Measurement Issues Through A Longitudinal Study " , **Journal of Retailing** , 76(2) , 139-137 .

(11) Douglas , T.J . , Fredendall , L.D., and Zu , Xingxing (2008) , "The evolving theory of quality management: The role of Six Sigma" , **Journal of Operations Management** ; Vol .(10) , 1- 49 .

(12) Foster , S Thomas (2007) , " Does Six Sigma Improve Performance" , **The Quality Management Journal** , 14 (4) , 7-20 .

(13) Gene , Placzkowsk (2004) , " Implementing six sigma " , **ASQ Six Sigma Forum Magazine Milwaukee** , Vol(3) , 1-36 .

(14) Gronroos , Christian (1988) , " Service Quality : The Six Criteria of Good Perceived Service Quality " , **Review of Business** , 9(3) , 10-13.

(15) Gronroos , Christian (2001) , "The perceived service quality concept – a mistake ", Managing Service Quality, 11 (3), 150-172

(16) Hamamoto , Joseph A . (2002) ," The Effects Of Six Sigma Implementation Transformational Leader Ship Skills" , **PhD Dissertation , Scholl Business And Entrepreneurship**, Nova Southeastern University

(17) Ho , Li-Hsing , and Chuang , Chen-Chia (2006) , " A Study of Implementing Six-Sigma Quality Management System in Government Agencies for Raising Serves Quality" , **Journal of American Academy of Business, Cambridge** , 10(1) , 168 – 179 .

(18) Kara, A., S. Lonial et al. (2005). "A paradox of service quality in Turkey: The seemingly contradictory relative importance of tangible and intangible determinants of service quality." , **European Business Review 17**(1) , 43-61

(19) Larson , Alan , demystifying six sigma **: A Company-Wide Approach to Continuous Improvement** , (New yourk : AMACOM , 2003).

(20) Landrum , Hollis and Prybutok, Victor R (2007) , "A comparison of Magal's service quality instrument with SERVPERF" , **Information & Management** ,Vol.(44) , 104 – 113

(21) Lee , Kuo-Liang (2002) , " critical success factors of six sigma implementation and the impact on operational performance" , **PhD Dissertation** , **Bachelor of Science in Mechanical Engineering** , Tamkang university

(22) Lee , Haksik , Yongki , Lee , and Dongkeun , Yoo (2000) , " The Determinants of Perceived Quality and its Relationship with Satisfaction " , **Journal of Services Marketing** , 14(3) , 217 -231 .

(23) Lee , Mi Aie , (2007) , "A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey" , **International Journal of Nursing Studies** , Vol . (44) , 545-555.

(24) Lee-Mortimer, Andrew (2006) ," Six sigma: effective handling of deep rooted Quality problems" **, Manchester , UK, Assembly Automation** , 26 (3) , 200-204 .

(25) Lloyd , Donald H. , and Holsenback , J. E. (2006) , " The Use Of Six Sigma In Health Care Operations : Application and Opportunity" , **Management Journal** ,Vol.(2),41-50.

(26) Llusar , Juan Bou , and Zornoza , Cesar Camison (2000) , " Validity and reliability in perceived quality measurement models: An empirical investigation in Spanish ceramic companies " , **International Journal of Quality &Reliability Management** , 17(8) , 899-918

(27) Parasuraman A , Zeithaml , Valarie A , and Berry , Leonard L. (1996) , "The behavioral consequences of service quality", **Journal of Marketing** , 60(2) , 31-46.

(28) ——, ———, and —— (1988) , " SERVQUAL : A multiple – item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality " , **Journal of Relating** , 64(1) , 12-40

(29) ——— , ——— , and —— (1985) , A Conceptual Model of Service Quality , and Its Implications for Future Research , **Journal of Marketing** , 49(4) , 41-50 .

(30) Rust , Roland T .and Richard L . Oliver (1994) , " Service Quality Insights and Managerial Implications from the Frontier " , in Rust and Oliver (eds) , **Service Quality : New Directions in Theory And Practice** (Thousand Oaks , Ca : Sage Publications) , 1-19 .

(31) Som , Ranjan K.(1996) , Practical Sampling Techniques , (New York : Marcel Dekkir , Inc.)

(32) Selcen O. , Aykac1 et al . , (2009) , " Effects of Service Quality on Customer Satisfaction and Customer Loyality " , **International Congress on Performance and Quality in Health** (Antalya, Turkey : Uluslararasi Saglikta Performans ve Kalite Kongresi), March 19-21, 2009,.

(33) Winsted , Kathryn Frazer (1997) , " The Service Experience in Two Cultures A behavioral Perspective " , **Journal of Retailing** , 73(3) , 337-60

(34) .Zhao , X .. et al . (2002) , " An Empirical Assessment and Application of SERVQUAL in A Mainland Chinese Department Store " , **Total Quality Management** , 13(2) , 241-254

(35) .Zu , Xingxing (2005) , " a study of impact of six sigma on firm performance: theoretical analysis and empirical investigation" , **PhD Dissertation , the graduate School of Clemson University**

ملحق رقم(١)

قائمة استقصاء عملاء المستشفيات

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الدكتور / السيد الأستاذ /

تحية طيبة وبعد ،،

يقوم الباحث / محمد أحمد أمين أحمد – المعيد بقسم إدارة الأعمال – كلية التجارة جامعة المنصورة بإجراء دراسة علمية للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بعنوان :

"استخدام متغيرات أسلوب سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية .. دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة " .

لذلك نرجو من سيادتكم المشاركة بالرأي في هذا البحث بالإجابة عما ورد في هذه القائمة من أسئلة وذلك بوضع علامة (√) أمام التقدير الذي ترونه مناسباً .

هذا والبيانات التي سوف تدلون بها سيكون لها طابع السرية التامة وسوف تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط ، كما سوف يتم تحليلها بطريقة إجمالية دون الإشارة إلى حالة فردية ولذلك فإن ذكر الاسم غير مطلوب .

وتفضلوا بقبول وافر التقدير والاحترام ،،

الباحث ،

م	العبـــــــــــــارات	موافق تماماً(٥)	موافق (٤)	محايد (٣)	غير موافق(٢)	غير موافق تماماً(١)
أولاً: دعم الإدارة العليا :						
١.	الإدارة العليا حريصة على تحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفى .					
٢.	تقوم الإدارة العليا بتقييم أداء جودة الخدمات المقدمة في المستشفى					
٣.	يشارك رؤساء الأقسام في عمليات تحسين جودة الخدمات المقدمة في المستشفى .					
٤.	يتم مراجعة مشاكل جودة الخدمات الصحية داخل اجتماعات مجلس الإدارة .					
٥.	تقوم الإدارة العليا داخل المستشفى بوضع أهداف لتحسين جودة الخدمات المقدمة في المستشفى .					
ثانياً : التركيز على العملاء :						
١.	تقوم إدارة المستشفى دائماً بقياس اتجاهات المريض نحو ما تقدمه له من خدمات .					
٢.	تبنى أهداف عملية تحسين الجودة في المستشفى على متطلبات وتوقعات المرضى .					
٣.	يهتم جميع العاملين بالمستشفى جيداً بالمرضى .					
ثالثاً : التركيز على الموردين :						
١.	تركز إدارة المستشفى على إقامة علاقات طويلة المدى مع الموردين .					
٢.	تعتمد إدارة المستشفى على عدد قليل من الموردين ذوى الجودة المرتفعة .					
٣.	يتدخل الموردين في عملية تصميم الخدمة الصحية .					
٤.	نقوم بتدريب الموردين على أساليب تحسين الجودة .					
٥.	نقوم بتقديم المساعدات الفنية للموردين .					
رابعاً : التركيز على العاملين :						
١.	يوجد بالمستشفى فرق لحل مشاكل الجودة .					
٢.	توفر المستشفى تغذية عكسية للعاملين عن أدائهم في شكل (مكافآت – حوافز – ترقية ...الخ) .					
٣.	يدرك العاملين بالمستشفى أهمية أساليب تحسين الجودة .					
٤.	تشجع إدارة المستشفى العمل بروح التعاون كفريق متكامل					
٥.	تقدم المستشفى فرصاً كافية لتدريب جميع العاملين وتثقيفهم في					

م	المقياس	موافق تماماً(٥)	موافق (٤)	محايد (٣)	غير موافق(٢)	غير موافق تماماً(١)
	مجال الجودة .					
٦.	يتم تقديم التدريب باستخدام أساليب إحصائية متميزة مثل (الأشكال البيانية – خرائط الرقابة) .					
خامساً : التركيز على معلومات الجودة						
١.	تحتفظ إدارة المستشفى بسجلات للجودة مثل :معدلات الأخطاء – تكاليف الجودة – النفايات .					
٢.	تتوافر بيانات الجودة لجميع العاملين بالمستشفى .					
٣.	تتوافر بيانات الجودة لجميع العاملين بالمستشفى في الوقت المناسب .					
٤.	تستخدم بيانات الجودة كأداه لتقييم الأداء الإداري والإشرافي والطبي داخل المستشفى .					
سادساً : التركيز على تصميم الخدمة :						
١.	يتم مراجعة تصميم الخدمات الجديدة قبل تقديمها للمرضى					
٢.	يتم مراعاة معيار التكلفة عند تصميم الخدمات الجديدة .					
٣.	يتم تصميم الخدمات الجديدة بشكل يتناسب مع إمكانيات تطبيقها .					
سابعاً: التركيز على العمليات :						
١.	يتم تصميم عمليات أداء الخدمات داخل المستشفى بشكل يمنع حدوث الأخطاء .					
٢.	يتم تخصيص فترة يومية للصيانة داخل المستشفى مثل (صيانة الأجهزة الطبية – الأسرة – نظافة الحجرات...الخ) .					
٣.	يتم أداء الخدمات داخل المستشفى وفقاً للجدول الزمني المعد لها .					
٤.	يتوقف تقديم الخدمات داخل المستشفى فور حدوث أي مشكلات متعلقة بالجودة					
٥.	يتم إخبار العاملين بالمستشفى بالتعليمات الخاصة بأنشطة تحسين الجودة التي سيقومون بها .					
٦.	تخضع جميع عمليات أداء الخدمات داخل المستشفى للرقابة الإحصائية .					
ثامناً: تنظيم إدارة الجودة						
١.	تعتمد مشروعات التحسين المستمر للجودة على إجراء خطوات منظمة مثل (التعريف – القياس – التحليل – التحسين – الرقابة) .					

م	العبارات	موافق تماماً (٥)	موافق (٤)	محايد (٣)	غير موافق (٢)	غير موافق تماماً (١)
٢.	توجد عملية تخطيط رسمية لتحديد المشروعات الرئيسية لتحسين الجودة .					
٣.	يتم مراجعة مشروعات التحسين أثناء عملية أداء الخدمات داخل المستشفى .					
٤.	توجد سجلات توضح مدى تقدم مشروعات التحسين المستمر .					
٥.	يتبع عملية تصميم الخدمات داخل المستشفى إجراء رسمي بالتنفيذ					
٦.	يتم تعيين مسئول عن عملية التحسين المستمر للجودة					
٧.	يقوم المسئول عن عملية التحسين المستمر بإعداد العاملين لبرامج التحسين المستمر .					
٨.	يوجد لدى أعضاء فريق تحسين الجودة أدوار ومسئوليات محددة بشكل واضح .					
٩.	يتم استخدام برامج تدريب مختلفة بشكل يكسب العاملين المشتركين مهارات ومعارف تساعدهم في أداء وظيفتهم .					
تاسعاً: التركيز على القياسات :						
١.	تضع إدارة المستشفى أهداف إستراتيجية لتحسين الأداء المالي .					
٢.	تحرص إدارة المستشفى على وضع أهداف تنافسية للجودة					
٣.	يتم تحديد مقاييس مناسبة لكل مشروع من مشروعات تحسين الجودة داخل المستشفى .					
٤.	يتم معرفة المزايا المالية المتوقعة لمشروع تحسين الجودة أثناء مرحلة التخطيط للمشروع .					
٥.	الأداء المالي مثل (التوفير في التكاليف – المبيعات) جزءاً من معيار تقييم مخرجات عملية تحسين الجودة .					
٦.	يتم تقييم عمليات أداء الجودة وفقاً لمتطلبات العملاء .					
٧.	ترتبط مقاييس أداء الجودة بالخصائص الضرورية للجودة					
٨.	تستخدم المستشفى مجموعة من المقاييس مثل (الأخطاء لكل مليون فرصة – مستوى سيجما – مؤشرات قدرة العملية					

ملحق رقم(٢)
قائمة استقصاء العاملين بالمستشفيات

بسم الله الرحمن الرحيم

آخى الفاضل / أختي الفاضلة .

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الباحث / محمد أحمد أمين أحمد – المعيد بقسم إدارة الأعمـــال – كليـــة التجـــارة جامعـــة المنصورة بإجراء دراسة علمية للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بعنوان :

"استخدام متغيرات أسلوب سيجما ستة كمدخل لتحسين جودة الخدمة الصحية .. دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة القاهرة " .

ونحيط سيادتكم علماً بأنه قد وقع الاختيار على سيادتكم ضمن مفردات عينة البحث ، أملين مـــن سيادتكم مساعدة الباحث في الحصول على البيانات التي تفيده في إجراء هذه الدراسة ، وذلـــك مـــن خلال الإجابة على الأسئلة الواردة بهذه القائمة بحرية تامة عن طريق وضع علامة (√) أمام التقدير الذي ترونه مناسباً ، وأود أن أحيط سيادتكم علماً بأن كل ما تدلونه من أراء أو بيانات ستكون موضع اهتمام الباحث ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط ، كما أن ذكر الاسم غير مطلوب .

وتفضلوا بقبول وافر التقدير والاحترام ،،

الباحث ،،

		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	أولاً: الجوانب المادية الملموسة .					
١.	المستشفى ذات موقع ملائم ويسهل الوصول إليها بسرعة .					
٢.	المستشفى بعيدة عن الضوضاء .					
٣.	مظهر مبنى المستشفى وديكوراتها جذابة جداً .					
٤.	المستشفى بها لوحات إرشادية تسهل الوصول للأقسام المختلفة .					
٥.	الأقسام بالمستشفى مرتبة ويسهل الوصول إليها .					
٦.	أماكن الانتظار بالمستشفى نظيفة.					
٧.	أماكن الانتظار بالمستشفى كافية .					
٨.	المستشفى بها دورات مياه نظيفة مما يحقق راحة المنتفعين .					
٩.	الممرات والطرقات بالمستشفى واسعة ومريحة .					
١٠.	المستشفى مجهزة تماما بأحدث الأجهزة .					
	ثانياً : الاعتمادية					
١.	عندما تحدد المستشفى موعداً لتقديم الخدمة فإنهـا تلتـزم بـذلك الموعد .					
٢.	عندما تواجهني مشكلة فان المستشفى تبدى اهتماماً خاصاً لحلها .					
٣.	تؤدى المستشفى خدماتها الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة					
٤.	يتوافر بالمستشفى العدد الكافي لمقدمي الخدمة الصحية.					
٥.	تتسم إجراءات التعامل مع المستشفى بالبساطة والسرعة					
	ثالثاً : الاستجابة					
١.	يتم تقديم الخدمة الصحية بشكل سريع .					
٢.	يوجد عناية كاملة من قبل هيئة التمريض .					
٣.	تقوم المستشفى بالرد الفوري على استفساراتي وشكواي					
٤.	العاملين بالمستشفى لديهم الاستعداد الدائم للتعاون معنا.					
	رابعاً : الأمان					
١.	أشعر بالأمان بالتعامل مع المستشفى .					
٢.	تحافظ المستشفى على خصوصية المعلومات الخاصة بحالتي .					
٣.	يتابع العاملون بالمستشفى حالتي بصفة مستمرة .					
	خامساً : التعاطف					
١.	تضع المستشفى مصالحنا في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين .					
٢.	تقدر المستشفى ظروفي وتتعاطف معي .					
٣.	يتمتع العاملون بالمستشفى بالود والصداقة في التعامل معي .					